



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A VIA SUBCUTÂNEA NA GESTÃO DOS SINTOMAS NA PESSOA EM FIM DE VIDA: PERSPETIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dulce Maria da Silva Carvalho



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Dulce Maria da Silva Carvalho

A VIA SUBCUTÂNEA NA GESTÃO DOS SINTOMAS NA PESSOA EM FIM DE VIDA: PERSPETIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

IV Mestrado em Cuidados Paliativos

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Manuela Amorim Cerqueira

Novembro de 2018

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

RESUMO

Preservar a dignidade da pessoa no fim de vida, implica que se assegure uma boa gestão de sintomas, evitando as crises que podem agravar a qualidade de vida do doente, e consequentemente, ter repercussões negativas no seio familiar. Neste sentido, o acesso da pessoa em fim de vida aos cuidados paliativos é um direito e uma obrigação legal, como é reconhecida pelas convenções das Nações Unidas.

É também, hoje reconhecido, que é condição imprescindível que os profissionais de saúde saibam realizar uma boa gestão de sintomas, focando o seu processo de cuidados numa abordagem multidimensional. Efetivamente a terapêutica farmacológica, bem como, a escolha da via para a administração de terapêutica deve ter em conta o princípio do menor dano. O recurso da utilização da via subcutânea apresenta notórios ganhos em saúde, oferece ao doente maior comodidade e promove o seu conforto e qualidade de vida quer em ambiente hospitalar quer no domicílio.

Partindo destes pressupostos e considerando a gestão de sintomas como fundamental para a preservação da dignidade humana, colocamos a questão de investigação: *Qual a perspetiva dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar?*, com o objetivo de conhecer a perspetiva dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida, em contexto hospitalar e com a finalidade de contribuir para a mudança/inação da prática clínica de forma a melhorar o conforto da pessoa em fim de vida.

Metodologia: Estudo de natureza qualitativo do tipo estudo caso; recolha de dados: entrevista semiestruturada; participantes: profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) da área de neurociências (neurocirurgia e neurologia) de um Hospital Central da zona de Lisboa; análise de conteúdo segundo o referencial de Bardin (2011). O estudo respeitou o princípio ético-moral.

Resultados: Os profissionais de saúde do estudo consideram que gerir os sintomas na pessoa em fim de vida significa ter uma visão holística, que envolve um processo avaliativo das necessidades/problemas da pessoa em fim de vida, uma intervenção ajustada às necessidades, o respeito pela vontade do doente e família, a aplicação de um conjunto de instrumentos e melhoria do trabalho em equipa. Salientam que, a dor é dos sintomas mais

presentes na pessoa em fim de vida, sendo, seguido dos sintomas psico/emocionais, dos gastrointestinais e dos sintomas respiratórios. São várias as estratégias adotadas, nomeadamente a aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, nomeadamente a massagem e o estabelecimento de uma comunicação terapêutica. Recorrem à via subcutânea mediante determinadas situações, nomeadamente: sedação, analgesia e como alternativa a outras vias. Destacam, que a via subcutânea é relevante, por ser menos dolorosa, ser mais confortável, ser eficaz, segura, previne a desidratação, permite um efeito terapêutico sustentado e não requer internamento hospitalar. Apresentam como constrangimentos na sua utilização as alterações da integridade cutânea, as alterações comportamentais e a falta de formação dos profissionais de saúde.

Conclusão: Dos relatos obtidos verificamos que cuidar do doente em fim de vida é um processo complexo, rigoroso e especializado para os profissionais de saúde, devido à complexidade e pluralidade de sintomas que a pessoa doente apresenta, bem como, pelo intenso sofrimento que o doente e seus familiares constantemente se deparam. Uma adequada preparação dos profissionais de saúde, em particular médicos e enfermeiros é estratégia fundamental para avaliar, monitorizar e tratar sintomas apropriadamente.

É primordial uma maior divulgação das vantagens da utilização da via subcutânea.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Terapia Subcutânea, Hipodermóclise, Gestão de Sintomas, Pessoa em Fim de Vida.

ABSTRACT

To preserve the dignity of a person at the end of life, a good symptom management should be assured, avoiding the crisis that can aggravate the quality of life of the patient, and consequently, have negative repercussions amongst the family. Thus, the access of the patient at the end of life to the palliative care is a right and a legal requirement, as it is recognized by the United Nations.

It is also, today, recognized that it is indispensable that the healthcare professional performs a good symptom management, focusing on a multidimensional approach care. Effectively the pharmacological therapy, also as, the choice of the administration route for the therapeutic should take in account the principle of minor damage. The use of subcutaneous route presents notorious health benefits, offering the patient greater commodity and promoting his comfort and quality of life either at the hospital or at home.

Having in account these assumptions and considering the symptom management as fundamental to preserve the human dignity, we ask the question “*What is the perspective of healthcare professionals about the use of the subcutaneous route in the symptoms management of the patient at the end of life, in hospital context?*”, with view to understand the perspective of healthcare professionals about the use of subcutaneous route in the symptoms management of the patient at the end of life, in the hospital context, and with the purpose of contributing for a change/innovation of the clinical practice that improves the comfort of the patient at the end of life.

Methodology: Qualitative nature study of type study case. Data collection: semi structured interview; participants: neuroscience (neurosurgery and neurology) healthcare professionals (doctors and nurses) of an Hospital in the centre of Lisbon; Content analysis according to Bardin’s perspective (2011). The study respected the moral-ethical principle.

Results: The healthcare professionals of the study consider that symptoms management of the patient at the end of life means to have a holistic vision, which involves an assessment of the needs/problems of the patient at the end of life, an intervention adjusted to their needs, the respect for the family and patient wishes, the application of a set of tools and improvement of team work. They stress that, pain is one of the symptoms most present in patients at the end of life, being followed by the psico/emotional symptoms, gastrointestinal and respiratory symptoms. Several strategies are adopted,

namely the application of pharmacological and non-pharmacological methods, the massage and the establishment of therapeutic communication. Subcutaneous route is used on certain occasions, namely: sedation, analgesia and as alternative to other routes. They highlight that subcutaneous route is relevant, for being less painful, for being more comfortable, more effective, safe, avoid dehydration, allow a sustained therapeutic effect and doesn't require hospital admission. The problems of its use are the alteration of the cutaneous integrity, behaviour changes and the lack of training of existing healthcare professionals.

Conclusion: From what was gathered, we verify that taking care of a patient at the end of life is a complex process, rigorous and specialized for the healthcare professionals, due to the complexity and plurality of symptoms that the patient shows and due to the intense suffering that the patient and the family go through constantly. Good preparation of health care professionals, in particular doctors and nurses, is fundamental to assess, monitor and treat adequately the symptoms.

It is essential a bigger disclosure of the benefits of the use of subcutaneous route.

Keywords: Palliative Care, Subcutaneous Therapy, Hypodermoclysis, Management of Symptoms, People at End of Life.

AGRADECIMENTOS

Por se tratar do fim e o início de uma etapa essencial da minha formação, enquanto pessoa e profissional de saúde, gostaria de agradecer a quem, nos diversos momentos do meu percurso, colaboraram e contribuíram para aquilo que eu sou e serei...

À Professora Doutora Maria Manuela Amorim Cerqueira, por todas as suas palavras sensatas, pelos conselhos e incentivo. Estou-lhe inteiramente agradecida por toda a compreensão, incentivo e por todos os conhecimentos que me proporcionou e contribuíram para o meu crescimento, tanto pessoal como profissional. **Muito Obrigado!**

Ao meu marido que agradeço todo o apoio que me deu, todo o amor, a compreensão, a paciência, o respeito, o carinho, a confiança nas minhas tomadas de decisão. Obrigado por acreditares em mim e no meu esforço para encarar a vida. Obrigado!

À minha amada filha, que nasceu durante este percurso e me deu ainda mais certeza para continuar esta trajetória, e acima de tudo por todos os dias me fazer sorrir...

Aos meus familiares e amigos que acreditaram no meu trabalho e me deram carinho, apoio, conforto e palavras de consolação e de incentivo.

Em especial, a todos os colegas da Neurocirurgia e Neurologia pela disponibilidade na elaboração das entrevistas.

A todos aqueles que foram essenciais para que nunca baixasse os braços, **Muito Obrigado!**

“Não é verdade que a morte é o pior de todos os males, é um alívio dos mortais que estão cansados de sofrer”.

Pietro Metastásio (1689-1782)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AECC – Associação Espanhola Contra o Cancro

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

EAPC – European Journal of Palliative Care

EHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ESAS – Escala de Avaliação dos Sintomas de Edmonton

EV – Endovenosa

EVA – Escala Visual Analógica

EX. – Exemplo

H – Hora

HDC – Hipodermóclise

IM – Intramuscular

INCA – Instituto Nacional de Câncer

INE – Instituto Nacional de Estatística

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

ml – Mililitros

N – Amostra

Nº – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

P. – Página

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SC – Subcutânea

SECPAL – Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos

SFAP – Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos

UN – United Nations

Vol. – Volume

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

AGRADECIMENTOS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUMÁRIO

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE TABELAS

INTRODUÇÃO.....	16
PARTE I – GESTÃO DE SINTOMAS NA PESSOA EM FIM DE VIDA.....	18
1 – A PESSOA COM DOENÇA EVOLUTIVA E TERMINAL.....	19
1.1 – Envelhecer e Cuidados Paliativos.....	20
2 – GESTÃO DE SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	25
2.1 – Controlo da Dor.....	29
2.2 – Estratégias farmacológicas e não farmacológicas na gestão de sintomas.....	32
3 – A VIA SUBCUTÂNEA NA GESTÃO DE SINTOMAS.....	37
3.1 – Vantagens e Desvantagens da Via Subcutânea.....	40
3.2 – A utilização da Via Subcutânea para a Hidratação.....	42
3.3 – A Técnica e os Fármacos mais utilizados na Via Subcutânea.....	44
3.4 – Questões Éticas na gestão da Via Subcutânea.....	48
4 – CUIDAR DA PESSOA EM FIM DE VIDA.....	54
4.1 – Promoção do Conforto em Fim de Vida.....	58
4.2 – Perspetiva dos Profissionais de Saúde acerca da utilização da Via Subcutânea...	60
PARTE II – FASE METODOLÓGICA.....	63
1 – DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO.....	64
2 – OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	67
2.1 – Tipo de Estudo.....	69
2.2 – Contexto de Estudo.....	70
2.3 – Participantes de Estudo.....	71

2.4 – Instrumento de Recolha de Dados.....	72
2.5 – Procedimento de Tratamento de Dados.....	74
2.6 – Questões Éticas.....	75
PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.	77
1 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	78
1.1 – Perspetiva dos profissionais de saúde acerca do conceito de gestão de sintomas na pessoa em fim de vida.....	81
1.2 – Estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde na gestão de sintomas na pessoa em fim de vida.....	85
1.3 – Dificuldades dos profissionais de saúde na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida.....	91
1.4 – Necessidades dos profissionais de saúde na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida.....	96
1.5 – Sintomas mais frequentes na pessoa em fim de vida na perspetiva dos profissionais de saúde.....	97
1.6 – Situações para a utilização da via subcutânea na gestão de sintomas na perspetiva dos profissionais de saúde.....	99
1.7 – Relevância da via subcutânea/hipodermóclise na promoção do conforto na pessoa em fim de vida.....	101
1.8 – Estratégias a adotar na perspetiva dos profissionais de saúde para a utilização da via subcutânea na pessoa em fim de vida.....	105
1.9 – Constrangimentos na utilização da técnica de hipodermóclise.....	108
1.10 – Sugestões dos profissionais de saúde para uma maior utilização da via subcutânea.....	110
2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	113
CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	127
BIBLIOGRAFIA.....	130

ANEXOS	147
ANEXO A – Declaração de autorização do estudo	148
ANEXO B – Declaração do Consentimento Informado	155
APÊNDICES	159
APÊNDICE A – Guião da Entrevista.....	160
APÊNDICE B – Exemplar de uma Entrevista.....	163
APÊNDICE C – Grelha da Análise de Conteúdo.....	168

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama nº 1 – Conceito dos profissionais de saúde acerca da gestão de sintomas na pessoa em fim de vida.....	82
Diagrama nº 2 – Estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde na gestão de sintomas.....	87
Diagrama nº 3 – Dificuldades dos profissionais de saúde na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida.....	92
Diagrama nº 4 – Necessidades dos profissionais de saúde na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida.....	97
Diagrama nº 5 – Sintomas mais frequentes na pessoa em fim de vida.....	98
Diagrama nº 6 – Situações para a utilização da via subcutânea na gestão de sintomas...	100
Diagrama nº 7 – Importância da via subcutânea/hipodermóclise na promoção do conforto.....	102
Diagrama nº 8 – Estratégias a adotar para a utilização da via subcutânea.....	106
Diagrama nº 9 – Constrangimentos na utilização da técnica de hipodermóclise.....	109
Diagrama nº 10 – Sugestões dos profissionais de saúde para uma maior utilização da via subcutânea.....	111

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 – Escala de Avaliação dos Sintomas de Edmonton – ESAS (Edmonton System Assessment Scale).....	28
Figura nº 2 – Variação da concentração do medicamento na corrente sanguínea conforme o tempo e a via de administração.....	39
Figura nº 3 – Locais de punção para administração de terapia subcutânea.....	45

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Áreas temáticas, Categorias e subcategorias emergentes das entrevistas realizadas aos profissionais de saúde, relativas à perspectiva dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar.....	78
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 – Compatibilidades entre fármacos administrados pela via subcutânea.....	47
Tabela nº 2 – Caracterização do perfil dos profissionais de saúde – Médicos e Enfermeiros.....	72

INTRODUÇÃO

Compreender a pessoa na sua multidimensionalidade, constitui-se num imperativo para a preservação da dignidade, e como tal, a medicina moderna, terá que estar mais próxima daquele que sofre, mais humanizada, centrando o seu cuidado na pessoa e não na doença. Salienta Jacelon (2014), que através da interação consigo e com o “outro” conseguimos interpretar as experiências vividas e agir de acordo com os significados atribuídos.

Hoje, é reconhecido que a medicina paliativa preserva a qualidade de vida dos doentes sem perspectiva de cura e em sofrimento, através de uma abordagem holística das necessidades sociais, emocionais, espirituais, o acompanhamento da família, o apoio no luto, a comunicação adequada e o trabalho em equipa.

Sabe-se que o problema do envelhecimento e das doenças crónicas, incapacitantes, progressivas e terminais não se resume à dimensão biológica, mas com a proximidade do fim de vida, frequentemente surge um leque variado de necessidades como *“afirmação e aceitação; perdão e reconciliação; descoberta de significado e direção”* (Twycross, 2003, p. 57). De facto, os cuidados paliativos assumem um papel preponderante na promoção da qualidade de vida e do bem-estar da pessoa.

Em 2002, a OMS define Cuidados Paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e famílias, abordando os problemas associados às doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento através da identificação precoce e avaliação minuciosa da dor e outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2018), realça que os cuidados paliativos proporcionam a minimização da dor e de outros sintomas geradores de sofrimento e integram as dimensões psicológicas e espirituais do cuidar, bem como, oferecem um sistema de suporte na ajuda a que a pessoa doente viva tão ativamente quanto possível até à morte, e fazem o acompanhamento no processo de luto.

Sendo o controlo sintomático um componente essencial nos cuidados paliativos, assegurar o seu sucesso requer uma avaliação cuidadosa quer das medidas a adotar, quer do tratamento a instituir. É de salientar que cerca de 60% a 70% dos doentes em cuidados paliativos ficam, no decurso da doença, incapazes de utilizar a via oral, por vários motivos:

incapacidade de deglutição, vômitos, oclusão intestinal, confusão/agitação/delírio, agudização da doença, entre outros (Gonçalves, 1997).

Assim, uma das formas de proporcionar maior qualidade de vida e conforto à pessoa em fim de vida é a aplicação da via subcutânea, sendo que *“a via subcutânea é indicada como via de segunda opção para a administração de fármacos de forma contínua ou intermitente nos pacientes em cuidados paliativos que não podem utilizar a via oral”* (Pontalti [et al.], 2012, p. 199). Considerando a gestão de sintomas como fundamental para a preservação da dignidade, ganha particular interesse a questão de investigação: *Qual a perspectiva dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar?*, com o objetivo de conhecer a perspectiva dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida, em contexto hospitalar e com a finalidade de contribuir para uma mudança de paradigma da prática clínica dos profissionais de saúde que diariamente cuidam pessoas em fim de vida e em excessivo sofrimento.

Salientam, Sapeta e Lopes (2014, p. 35), que a *“maioria (cerca de 55%) dos doentes continua a morrer nos hospitais de agudos, onde a situação clínica, a natureza emocional dos cuidados e a rede de variáveis inerentes ao contexto determina um cenário muito complexo e difícil (...)”*. Também, a nossa prática profissional, nos têm inquietado, pelo facto de lidarmos com pessoas doentes em estádios avançados da sua patologia oncológica, com pessoas com doença crónica, avançada, evolutiva e terminal e as práticas se centrarem em medidas invasivas (primazia da via endovenosa) para a gestão sintomática, e não se recorrer a vias alternativas como a via subcutânea. Esta via subcutânea ainda não é olhada pelos profissionais de saúde como uma possibilidade, podendo estar subjacente vários motivos, nomeadamente a falta de formação e de sensibilização para o cuidar multidimensional.

A presente dissertação encontra-se organizada em três partes essenciais que constituem um todo. Na primeira parte, apresentamos o marco teórico que sustenta a problemática em estudo, na segunda parte expomos o percurso do estudo empírico. A terceira parte refere-se à apresentação e análise dos dados, seguida da discussão e conclusão do estudo.

PARTE I – GESTÃO DE SINTOMAS NA PESSOA EM FIM DE VIDA

1 – A PESSOA COM DOENÇA EVOLUTIVA E TERMINAL

A origem etimológica da palavra *pessoa* encontra-se no termo grego *prosôpon*, referindo-se à máscara que os atores utilizavam nas suas representações teatrais. No cristianismo, este conceito detinha um sentido teológico, pelo facto, de ser aplicado às pessoas divinas. De acordo com a revelação bíblica, “*Deus criou o homem à sua imagem e semelhança*”. A seguir, foi utilizado para definir o ser humano, até então concebido simplesmente como homem (Jones, 2004).

De acordo com Renaut (2004, p. 10)

“(...) o que define intrinsecamente a modernidade é, sem dúvida, a maneira como o ser humano nela é concebido e afirmado como fonte de suas representações e de seus atos, seu fundamento (subjectum, sujeito) ou, ainda, seu autor: o homem do humanismo é aquele que não concebe mais receber normas e leis nem da natureza das coisas, nem de Deus, mas que pretende fundá-las, ele próprio, a partir de sua razão e de sua vontade. Assim, o direito natural moderno será um direito ‘subjetivo’, criado e definido pela razão humana (voluntarismo jurídico), e não mais um direito ‘objetivo’, inscrito em qualquer ordem imanente ou transcendente do mundo”.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu Artigo VI, refere que “*Todo ser humano tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa perante a lei*”. Focando-nos, agora em termos jurídicos, a pessoa é uma entidade física ou coletiva com direitos e obrigações, sendo sinónimo de sujeito de direito, conforme referia Xavier (2009, p. 221), um

“sujeito de direito é aquele que é sujeito de um dever jurídico, de uma pretensão ou titularidade jurídica, é o indivíduo que pode exercer as prerrogativas que o ordenamento jurídico lhe atribui, que tem o poder de fazer valer, através dos meios legais disponíveis, o não-cumprimento do dever jurídico.”

Efetivamente, a pessoa transcende, a sua condição de indivíduo da espécie humana, ela é um ser único, inédito e irrepetível. Salienta, KANT (2003, p. 76-77) que “*qualquer ação é justa se for capaz de coexistir com a liberdade de todos de acordo com uma lei universal, ou se na sua máxima a liberdade de escolha de cada um puder coexistir com a liberdade de todos de acordo com uma lei universal*”. Para KANT (2003, p. 70), a autonomia é uma característica fundamental da pessoa, “*a autonomia é, portanto, o solo indispensável da dignidade da natureza humana ou de qualquer natureza racional*”.

O avanço da medicina, as alterações socio familiares que têm ocorrido nas últimas décadas, tem determinado novas exigências, nomeadamente, ao nível dos cuidados de saúde, pelo facto, de nos defrontar cada vez mais com pessoas com doença avançada, progressiva e terminal que apelam a cuidados que preservem a sua dignidade e respeitem a sua autonomia. Moraes (2011, p. 61-62) considera a dignidade da pessoa humana como *“um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida”*.

Contudo, a cultura dominante da sociedade tem considerado a cura da doença como o principal objetivo dos serviços de saúde. Neste contexto, o afastamento da morte, a elevada sofisticação tecnológica que tem fascinado os profissionais de saúde, tem permitido encarar a fase final da vida nos serviços de saúde, como sendo uma prática estranha e perturbadora, com a qual é difícil lidar. Sabe-se que a Dignidade pode ser aumentada ou diminuída, adquirindo um maior relevo quando as pessoas estão a experienciar a última etapa da vida. Pessini (2004, p. 201), refere que o debate sobre a defesa da dignidade da vida humana, na fase terminal é realçado, devido à *“confusão terminológica que, às vezes, não deixa claro aquilo que se condena e aquilo que se aprova”*.

De facto, o fim de vida e a dignidade são pilares em que os cuidados paliativos estão assentes. Preservar a dignidade em fim de vida é um objetivo major dos cuidados paliativos. Partindo deste pressuposto, é importante reconhecer que o período de velhice é um tempo que seria importante para preparar a construção de uma boa morte.

1.1 – Envelhecer e Cuidados Paliativos

Nas últimas décadas, o aumento proporcional de pessoas mais velhas é uma tendência major global. Este envelhecimento resulta de uma transição demográfica em que a diminuição da mortalidade e o aumento da longevidade são acompanhados por uma redução da fertilidade (United Nations, 2013).

O relatório mais recente desenvolvido pela United Nations (UN) sobre o envelhecimento da população mundial demonstra que a percentagem de pessoas idosas (com 60 ou mais anos) aumentou de 9,2% em 1990 para 11,7% em 2013 e que irá alcançar os 21,1% em 2050. Globalmente, espera-se que a população com mais de 60 anos aumente

para mais do dobro nas próximas décadas, passando de 841 milhões de indivíduos em 2013 para um número superior a 2 biliões em 2050 (United Nations, 2013).

Em Portugal, bem como, em outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas profundas mudanças demográficas caracterizadas, particularmente, pelo aumento da longevidade, pela redução da natalidade e da população jovem. Importa referir que, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos 45 anos, passando de 8% no total da população em 1960, para 17% em 2005. De acordo com o cenário médio das projeções demográficas mais recentes, elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 45 anos, representando, em 2050, 32% do total da população, o que naturalmente exerce um forte impacto na sociedade como um todo e exige adaptações e soluções em diversos níveis (Fernandes, 2014).

Inerente a este aumento da esperança de vida, surge um número crescente de pessoas com doenças crónicas, evolutivas e terminais, o que acarreta a necessidades de cuidados orientados para a pessoa e família como uma unidade de cuidados. Assim, os cuidados paliativos assumem-se como cuidados especializados, prestados por uma equipa interdisciplinar, dirigida para as necessidades de controlo de sintomas, comunicação, apoio familiar e apoio no processo de luto.

É de referir que, em 2002 a Organização Mundial de Saúde (OMS), afirmou que o envelhecimento populacional é um dos grandes desafios da Humanidade. O papel dos cuidados de saúde não pode, portanto, passar por procurar uma solução “barata” para os problemas do envelhecimento, exacerbados pelos processos da doença, mas dada a heterogeneidade da problemática, deve fornecer cuidados paliativos distintos de simples cuidados geriátricos (OMS, 2011). Contudo, na atualidade, devido às políticas de saúde orientadas para as necessidades da pessoa sem cura, e uma maior sensibilização/aceitação da comunidade científica e em geral para os seus limites e dificuldades em vencer a morte, os cuidados paliativos, bem como os cuidados continuados, passam a ser uma realidade aceite.

Aliado ao envelhecimento geral da população acrescenta-se o inevitável maior número de diagnósticos de doenças crónicas, daqui se deduz, desde logo, a mais-valia que os cuidados paliativos podem assumir no acompanhamento e cuidado às pessoas idosas, em especial na fase final da vida.

A OMS refere que a população envelhecida sofre desnecessariamente devido a uma carência de avaliação, de tratamentos generalizados aos seus problemas/necessidades multimodais e devido a uma falta de acesso aos programas de cuidados paliativos. Esta nova realidade tem gerado nas organizações de saúde, adaptações e transformações na filosofia de cuidar, confrontando os profissionais de saúde com os seus limites e dificuldades em vencer a morte (OMS, 2011).

Twycross (2003, p. 16) define os cuidados paliativos como *“cuidados activos e totais aos pacientes com doenças que constituem risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida”*.

De facto, a preocupação central dos cuidados paliativos é o controlo sintomático de forma a assegurar ao doente que enfrenta a última etapa da vida e à sua família a máxima qualidade de vida por eles considerada. Este controlo sintomático é multidimensional em que a comunicação terapêutica ocupa um papel de relevo. Ressalta-se ainda, que eles se centram na pessoa doente e não na doença, o que provoca um ponto de viragem no modelo de cuidar, ou seja, exige um modelo de cuidados humanos e não centrados exclusivamente num modelo biomédico.

A Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2017-2018) ressalva que os cuidados paliativos:

- afirmam a vida e consideram a morte como um processo natural;
- não antecipam nem atrasam intencionalmente a morte, deixam seguir o fluxo natural da vida;
- proporcionam aos doentes o alívio da dor e de outros sintomas incómodos;
- integram os aspetos psicológicos, sociais e espirituais dos cuidados, de forma que os doentes possam assumir a sua própria morte de uma forma completa e construtiva;
- oferecem um sistema de apoio para auxiliar os doentes a viverem tão ativa e criativamente quanto possível;
- oferecem um sistema de apoio para auxiliar as famílias na adaptação que decorre durante a doença do doente e na sua pós-morte;

- utilizam uma abordagem em equipa para responder às necessidades dos doentes e suas famílias, incluindo aconselhamento durante o período do luto quando necessário;
- realçam a qualidade de vida e podem influenciar positivamente o decurso da doença;
- são aplicáveis desde cedo no decurso da doença, em conjunto com outras terapias que visam o prolongamento da vida, tal como a quimioterapia ou a radioterapia, e incluem as investigações necessárias para melhor compreender e lidar com os incómodos das complicações clínicas.

Salienta-se ainda, alguns dos princípios em que se fundamenta os cuidados paliativos que segundo Twycross (2003) são:

- **Reabilitação** – os cuidados paliativos procuram ajudar os doentes a atingirem o seu potencial máximo, quer a nível físico como psicossocial, independentemente das suas limitações resultantes da progressão da doença;
- **Trabalho em equipa** – os cuidados paliativos exigem trabalho de equipa e um esforço conjunto para melhorar o bem-estar do doente e da sua família. Podem estar envolvidos médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistente social, psicólogo, voluntários, guia espiritual, entre outros;
- **Aliança terapêutica** – essência dos cuidados paliativos;
- **Qualidade de vida** – está relacionada com o grau de satisfação subjetiva que a pessoa sente pela vida e é influenciada por todas as dimensões da personalidade. Considera-se boa qualidade de vida quando as aspirações da pessoa são atingidas e preenchidas pela sua situação atual; considera-se má qualidade de vida quando há grande divergência entre as aspirações e a situação atual, as necessidades primordiais da pessoa não estão satisfeitas.

Sendo a morte um processo natural, o sentido ético da morte está presente quando cada pessoa que experiencia a última fase da vida toma consciência da sua própria morte, é necessário que se respeite os limites provenientes da dignidade, por isso os princípios dos cuidados paliativos têm como base e sustentam-se a partir de princípios éticos: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O processo ético tem como intuito a promoção de valores, tais como a independência, a informação ao doente, o consentimento do cuidado, a responsabilidade

social e a solidariedade das pessoas como meio de respeitar a dignidade humana, pessoal e coletiva. Assim, *“o interesse e a finalidade da reflexão ética em cuidados paliativos é tentar definir condições para uma prática de cuidados numa abordagem global respeitadora das pessoas atingidas por doença grave, quer estejam em situação de crise ou em fim de vida”* (SFAP, 2000, p. 11).

O fundamental não será somente respeitar a autonomia da pessoa doente, mas sim, integrá-la para que a pessoa se sinta presente e ativa na relação. É fundamental atender à sua multidimensionalidade, aos seus valores culturais e espirituais, ao seu envolvimento afetivo e ao seio familiar e social em que está inserida. Por conseguinte, o apoio ao doente envolve a utilização cuidadosa de conhecimentos, ao mesmo tempo que se tem em constante consideração a sua personalidade e privacidade, não ameaçando nunca a sua integridade, atributo fundamental na prática dos cuidados paliativos.

2 – GESTÃO DE SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

A situação da pessoa com doença crónica, evolutiva e terminal, exige abordagens que promovam o bem-estar, o conforto, e preservem a dignidade humana. Sabe-se, que estes processos de doença estão ligados à presença de múltiplos sintomas geradores de sofrimento, quer para o doente e família, quer para a equipa de saúde. Neste sentido, a gestão de sintomas, uma das componentes essenciais dos cuidados paliativos, é fundamental para o garante de um fim de vida condigno.

Salienta Hesbeen (2000), que qualquer que seja a doença, ela não é experienciada da mesma forma por cada pessoa. Ela é única e inscreve-se na vivência pessoal de cada um, também único, intransponível e com as suas circunstâncias. *“Por mais que a doença seja objectivada no corpo que se tem, ela não afecta, no fim de contas, senão o corpo que se é”* (Hesbeen, 2000, p. 27). Assim, é indispensável que nos foquemos na pessoa e não na doença.

Num estudo desenvolvido por Pulido [et al.] (2010), verificaram que os sintomas avaliados nos 20 dias que antecederam a morte do doente foram: prostração, delírio, confusão mental, agitação psicomotora, dispneia, broncorreia, febre, dor e vómitos. A dispneia foi o sintoma manifestado com maior frequência, seguido de broncorreia e febre. Sapeta (2011), assegura que 58% dos doentes continuam a morrer nos hospitais, onde a sua situação clínica, a natureza emocional dos cuidados impulsiona uma situação complexa e de difícil gestão.

Desta forma, é importante considerar em abandonar a exclusividade de modelos biomédicos, e adotar modelos de cuidados orientados para as necessidades do doente e família, como uma unidade de cuidados, ou seja, uma prestação de cuidados orientada para a promoção de conforto. Convirá ter presente que uma inadequada gestão dos sintomas, focado como uma doença em si, agrava o sofrimento, e como tal, com consequência direta na sua qualidade de vida. Refere Correia (2012) que a qualidade de vida é uma condição multidimensional que engloba todos os aspetos da vida de uma pessoa. Assim, há que ter em linha de conta, *“saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem e que têm repercussões directas sobre o bem-estar do doente”* (Neto, 2010, p. 62).

A avaliação de sintomas em cuidados paliativos é primordial, na medida em que, os *“sintomas constituem a razão das principais queixas de qualquer doente”* (Costa e Antunes, 2012, p. 65). Dizia Twycross (2003, p. 79) que *“avaliação baseia-se na probabilidade e em padrões de reconhecimento”*, e o profissional de saúde deverá questionar com alguma regularidade o doente, ...*“em vez de confiar nos relatos espontâneos”*, porque o doente pode omitir, ou desvalorizar certos sintomas relevantes como ...*“boca seca, alterações do paladar, anorexia, prurido e insónia”*.

Deste modo, para Neto (2010, p. 64-66) controlar sintomas implica:

- Avaliar antes de tratar, identificando bem qual(ais) a(s) causa(s) dos sintomas e qual o mecanismo fisiopatológico que está na origem dos mesmos;
- Explicar as causas dos sintomas, e as medidas terapêuticas de forma clara ao doente e família;
- Não esperar que o doente se queixe, perguntar e observar continuamente, antecipando-se sempre que possível ao aparecimento dos sintomas;
- Adotar uma estratégia terapêutica mista, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Monitorizar os sintomas, através da utilização de instrumentos de medida standardizados e recorrendo a métodos de registo adequados. A avaliação regular da presença de sintomas e da sua gravidade deve ser primordial em Cuidados Paliativos;
- Avaliar e reavaliar regularmente as medidas terapêuticas e seus efeitos, estabelecendo objetivos realistas com o doente e valorizando as respostas obtidas;
- Tonalidade do Cuidar, com atenção ao detalhe e estar disponível, estes aspetos fazem toda a diferença, fazendo com que o doente se sinta único, com particularidades e promovendo a dignidade da pessoa. É estar verdadeiramente para o outro.

Na perspetiva da mesma autora (2010), um controlo inadequado dos sintomas ao longo do percurso da doença, agrava claramente o sofrimento, pode ter um efeito adverso na progressão da própria doença, e acima de tudo na perda de qualidade de vida e tempo da mesma, assim os Cuidados Paliativos devem-se iniciar o mais cedo possível perante as necessidades e características de cada pessoa. Resultados de estudos efetuados indicam que não é possível intervir nas restantes áreas que se baseiam a prática de cuidados paliativos, se os sintomas não estiverem suficientemente controlados (Neto, 2010).

A EAPC (2007) lembra que os princípios básicos na gestão de sintomas incluem:

- o tratamento da causa subjacente de um sintoma pode ser tão adequado como o controlo do mesmo;
- terapias práticas, cognitivas, comportamentais e físicas podem ser combinadas com tratamento farmacológico adequado;
- os sintomas persistentes devem ser tratados com a administração do tratamento em intervalos regulares;
- o aparecimento de sintomatologia severa e não controlada deve ser considerado uma emergência em cuidados paliativos, com uma intervenção ativa;
- devem ser evitados esquemas terapêuticos invasivos e dolorosos;
- é necessário antecipar os efeitos secundários da terapêutica e trata-los ativamente.

Twycross, (2003) acrescenta, que a adequada avaliação sintomática requer uma descrição por parte da pessoa que os demonstra e vivencia, por isso é indispensável acreditar sempre no que o doente diz sentir. Além disso, e dado que os sintomas subjetivos são influenciados por variados fatores, deve-se tentar determinar o início e as características dos sintomas, fatores de alívio e de exacerbação, os sinais e sintomas associados, impacto no dia-a-dia e a resposta a terapêuticas anteriores. O autor supracitado refere ainda, que a contínua monitorização dos mesmos facilita a compreensão da eficácia ou não das terapêuticas instituídas, de forma a reajustar o tratamento sempre que necessário. Esta (re)avaliação constante permite não só avaliar a eficiência terapêutica, mas também, identificar a progressão da doença com a possível exacerbação dos sintomas/ou aparecimento de novos, possibilitando ainda, verificar o desenvolvimento da tolerância aos fármacos e a manifestação de efeitos secundários indesejáveis.

A continuada avaliação de sintomas deve ser periódica, com instrumentos devidamente testados e validados, desde que, permitam objetivar a intensidade, a resposta ao tratamento e a sua interferência na melhoria da qualidade de vida e conforto do doente (Muñoz M. e Quiroga G., 2016, p. 106).

Existem algumas escalas de avaliação de sintomas, sendo a Edmonton System Assessment Scale (ESAS) – (figura nº 1) das mais utilizadas e largamente difundida em Cuidados Paliativos e em Portugal. A ESAS é uma escala que apresenta uma combinação de sintomas físicos e psicológicos, sendo composta por uma lista de nove sintomas

(podendo-se acrescentar outros) frequentemente encontrados em doentes no fim de vida. Possui uma graduação que varia de zero a dez, onde zero representa a ausência do sintoma e dez representa o sintoma na sua mais forte manifestação. A escala pode ser preenchida pelo doente, pela família ou pela equipa de saúde.

Figura nº 1 – Escala de Avaliação dos Sintomas de Edmonton – ESAS (Edmonton System Assessment Scale)

Avaliação de sintomas:		
Paciente:	Registro:	
Preenchido por: _____	Data: _____	
Por favor, circule o nº que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento (também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas).		
Sem dor	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior náusea possível
Sem depressão	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior apetite possível
Sem falta de ar	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior falta de ar possível
Melhor sensação de bem-estar possível	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Pior sensação de bem-estar possível
Outro problema	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	

Fonte: NETO, Isabel Galriça – Modelos de controlo sintomático. In BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Edição, Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN: 987-972-9349-22-5. p. 65.

Cada doente poderá apresentar mais de 5-6 sintomas e isso está associado à complexidade clínica que cada caso exige. Por vezes, é difícil tirar conclusões finais a partir de informação tão distinta. No entanto, parece ser unânime a ideia de que a frequência dos sintomas altera-se ao longo do tempo, muitos deles manifestam-se menos, dando lugar a outros com maior representação. Convém referir, que o impacto dos sintomas na qualidade de vida dos doentes pode-se também, recorrer à aplicação de escalas de avaliação de qualidade de vida devidamente validadas para a população em estudo (Neto, 2010).

Deste modo, um rigoroso controlo de sintomas só é possível atingir com um trabalho multidisciplinar e uma adaptação flexível às necessidades múltiplas dos doentes. É imprescindível que toda a equipa de cuidados discuta e assuma os objetivos terapêuticos individualizados mas com uma finalidade comum.

2.1 – Controlo da Dor

A dor é um dos grandes desafios presentes nos doentes com doença avançada, progressiva e terminal, a que os profissionais de saúde têm de responder. A International Association for the Study of Pain (2015) refere que a *“dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”*.

Strömberg [et al.] (2002) apresentam a dor como o sintoma mais prevalente com uma percentagem de 92%, seguida pela astenia com uma percentagem de 43%, a anorexia com 36% e a depressão/tristeza com 32%.

De facto, a dor tem um grande impacto na qualidade de vida dos doentes. Ela é uma experiência singular e individual, modificada pelo conhecimento prévio de um dano que pode ser existente ou presumido, ou seja, em qualquer situação a dor é aquilo que o doente refere e descreve como tal.

Também, Gonçalves (2002, p. 11) salienta que a dor *“tem grande influência na qualidade de vida, interferindo a nível do funcionamento físico, psicológico e social; altera o sono, o humor e capacidade de desfrutar da vida”*. O mesmo autor acrescenta, que a dor é temida por muitos doentes mais do que a própria morte.

Gonçalves (2011) refere ainda que a dor pode ser classificada, relativamente à sua base temporal, como aguda ou crónica. A dor aguda tem um início bem definido e usualmente relacionada com sinais físicos e objetivos, com ativação do sistema nervoso simpático, e a duração pode ser de horas a semanas. Na dor crónica o padrão temporal normalmente é menos bem definido, persistindo por meses ou até mesmo anos, estando relacionada com alterações da qualidade de vida do doente.

Quanto aos mecanismos fisiopatológicos, a dor pode ser classificada em (Cardoso, 2009):

- **nociceptiva:** causada a uma resposta inflamatória ou não inflamatória a estímulos nocivos e danos a tecidos, podendo dividir-se em:
 - **dor somática:** é produzida pela estimulação de recetores de dor nas estruturas cutâneas músculo-esqueléticas superficiais profundas, dor bem localizada, por ex. dor óssea;

- **dor visceral:** causada por infiltração, distensão ou compressão de órgãos dentro da cavidade torácica ou abdominal, não é bem localizada ou apresenta-se como tipo cólica, por ex. dor da obstrução intestinal);

- **neuropática ou não-nociceptiva**, quando as vias nociceptivas apresentam alterações na estrutura e/ou função, resultante de lesão seletiva do sistema nervoso central (dor central) ou de lesões no sistema nervoso periférico (dor periférica), sendo as mais conhecidas a dor tipo: nevralgia/lancinante (disparo) e disestesia (queimadura);
- **psicogénica**, normalmente associada a uma desordem na estrutura psicológica do doente.

A dor oncológica é considerada frequentemente mista.

Efetivamente, *“diferentes tipos de dor podem exigir diferentes tipos de tratamento”* (Twycross, 2001, p. 83) portanto o controlo da dor impõe uma abordagem multifatorial. Assim sendo, torna-se pertinente interpretar a dor como uma “dor total”, conceito introduzido por Cicely Saunders, que evidencia a importância da influência psicológica, física, social e espiritual na experiência da dor de cada pessoa. Estas dimensões são indissociáveis, o alívio adequado da dor não é alcançado sem dar-se atenção às quatro componentes no seu conjunto.

A pessoa tem as suas próprias vivências, as quais induzem a uma subjetividade de resposta diante da expressão de dor, envolvendo respostas afetivas e cognitivas. Para Cardoso (2010) estrategicamente, podem-se identificar quatro aspetos básicos na evolução da dor:

- a causa da dor;
- o mecanismo da dor;
- os fatores não-físicos envolvidos com a expressão de dor;
- a discriminação detalhada/história da dor: avaliação da localização, intensidade, duração, irradiação, fatores temporais, de agravamento e de alívio, impactos no sono, na capacidade funcional, o seu impacto psicológico, as perturbações que causa nas atividades de vida diária e resposta à terapêutica instituída.

Como referido anteriormente, a dor é subjetiva e pessoal, porém existem vários instrumentos para a avaliação da sua intensidade, que de acordo com as especificidades, a sua escolha deve recair segundo as características individuais do doente e do seu estado de

consciência. Destas ferramentas destacam-se algumas escalas das quais sobressaem: o uso da Escala Visual Analógica (EVA), Escalas de Classificação Verbal, Escalas de Classificação Numérica, Breve Inventário da Dor, que pergunta ao doente qual e como foi a dor nas últimas 24 horas, as Escalas Comportamentais, nomeadamente a BPS (*Behavioral Pain Scale*), entre outras. As escalas enumeradas permitem a avaliação da dor, no entanto algumas delas são simples de serem utilizadas em outros sintomas frequentes que permitem a sua avaliação e a monitorização.

Relativamente ao tratamento da dor, este deve obedecer a princípios básicos respeitando um regime analgésico de acordo com a escada analgésica da OMS, baseado na intensidade da dor. Zech [et al.] citado por Pereira (2010, p. 74) descreve “*entre 75% e 85% dos doentes irão sentir alívio adequado da dor usando as directrizes descritas juntamente com a escada analgésica da OMS*”. Segundo Twycross (2001) os princípios que direccionam o uso de analgésicos ditam as seguintes recomendações:

- a eleição da via de administração deverá dar primazia à via oral;
- administrar analgésicos de forma regular e profilática;
- subir a escada analgésica sempre que um fármaco deixar de produzir efeito (Degrau 1: não opiáceo; Degrau 2: opiáceo fraco; Degrau 3: opiáceo forte);
- o tratamento deve ser individualizado e recorrer ao uso de adjuvantes sempre que necessário (ex.: corticosteroides, antidepressivos, antiepiléticos, antiespasmódicos, relaxantes musculares).

Contudo muitos profissionais de saúde, inclusive médicos e enfermeiros têm receio de iniciar terapêutica deste âmbito pois não se encontram devidamente esclarecidos quanto à eficácia, ao propósito e objetivos do uso deste tipo de fármacos.

Em conformidade com Twycross (2001), as administrações de fármacos proporcionam usualmente uma resposta adequada ao controlo da dor, desde que administrados os fármacos certos, nas doses certas, na hora certa e prescrito para o doente certo como uma pessoa com características particulares (etiologia, quantificação, intensidade da dor, e idade do doente).

Por último, convém alertar que há muito mais sintomas a tratar para além da dor, e estes não podem ser negligenciados, pois também exigem uma resposta terapêutica dirigida, rápida e eficaz.

2.2 – Estratégias farmacológicas e não farmacológicas na gestão de sintomas

Gerir os sintomas na pessoa em fim de vida implica, conforme temos vindo a referir, focar-se na sua multidimensionalidade e carácter subjetivo. É importante percebermos que os sintomas são influenciados por vários fatores, nomeadamente: fisiológicos, psicológicos, espirituais, sociais, e ambientais, entre outros. Neste sentido, é fundamental que tenhamos para oferecer abordagens farmacológicas e não farmacológicas no decurso da humanização dos cuidados no final da vida.

Inicialmente no tratamento de qualquer sintoma deve ser explicado ao doente e família as razões que conduzem à sua presença, de forma a reduzir o seu impacto psicológico. Sempre que possível incluir o doente e família no processo de decisão terapêutica, fazendo com que este se sinta respeitado como pessoa (Twycross, 2003).

Para Neto (2008) a eficácia no controlo de sintomas implica para além de um trabalho multidisciplinar, o seu alívio, entendido como melhoria na voz e manifestações do doente. De facto, a prevenção e redução dos sintomas constituem-se num dever ético para o alívio do sofrimento. Neste sentido, a terapêutica farmacológica, bem como a escolha da via para a administração de terapêutica deve ter em conta o princípio do menor dano, ou seja, o menor sofrimento possível, sendo rápida e eficaz quanto às ações pretendidas.

Na perspetiva de Neto (2017) convém sublinhar, que a carga sintomática dos diferentes grupos de doentes paliativos é elevada, em que se destacam: a astenia, a caquexia, a dor e a dispneia, o delírio e a agitação psicomotora. Assim, e de acordo com Barbosa (2010, p. 727), *“o papel do profissional de saúde em cuidados paliativos é de aliviar dor e sofrimento mesmo que em certas circunstâncias os seus procedimentos possam ter uma influência na duração da vida (encurtamento ou prolongamento)”*.

É importante ainda referir, que a avaliação de sintomas em cuidados paliativos é primordial para se adequarem os cuidados.

Ressalta-se também, que a terapêutica mais frequentemente utilizada abrange o grupo dos opioides, neurolépticos, benzodiazepinas, antieméticos e corticoides. No entanto, as medidas farmacológicas não se esgotam de forma alguma na utilização de opioides, muito menos no recurso à morfina, por isso e de acordo com Neto (2017) os profissionais de saúde devem possuir conhecimentos/formação sobre os fármacos existentes e a forma como e quando os utilizar.

Neto (2017), esclarece ainda que, aliviar sintomas não implica deitar mão a todo o “arsenal” terapêutico disponível, nomeadamente uso dos exames complementares de diagnóstico, se não for importante para o alívio de um sintoma e bem-estar do doente.

Felizmente nos dias de hoje a indústria farmacêutica têm ao dispor uma grande variedade de medicamentos das mais diversas vias, que permitem intervir nos mais distintos sintomas, nomeadamente a dor, náuseas, vômitos, dispneia, obstipação, entre outros, aliviando ao máximo o sofrimento físico da pessoa. Relativamente à terapêutica farmacológica mais utilizada em cuidados paliativos, esta será abordada de uma forma sucinta no capítulo 3.

Por outro lado, nos últimos anos tem-se verificado um considerável aumento da utilização de terapêuticas não farmacológicas por parte do doente crónico e com doença incurável (Spadacio e Barros, 2008). De facto, as terapias não farmacológicas podem ser uma boa opção de tratamento, já que os seus efeitos secundários são menos impactantes do que alguns fármacos. No entanto, nem todas as medidas não farmacológicas substituem a terapêutica farmacológica, porém podem ser adjuvantes úteis na redução da dosagem da medicação, sendo importante não levar a pessoa a acreditar que são tudo o que se têm para oferecer.

As terapias não farmacológicas, apesar de poder apresentar outras designações que não são consensuais, pode ser definida como um conjunto variado de sistemas, práticas e produtos médicos e de saúde que não são atualmente considerados parte integrante da medicina convencional (Park [et al.] (2015) citado por Peixoto, (2016)).

A Associação Espanhola Contra o Cancro (AECC) define terapias não farmacológicas como

“o conjunto de práticas, abordagens, conhecimentos e diversas crenças de saúde que incorporam medicamentos baseados em plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados individualmente ou em combinação para manter o bem-estar, bem como tratar, diagnosticar e prevenir as doenças”.

As terapias não farmacológicas aliviam habitualmente o sofrimento, melhorando a relação enfermeiro-doente e a atitude mental da pessoa perante a doença. Contudo, no caso de uma doença grave ou terminal, apenas certas terapias são recomendadas e nunca devem ser utilizadas em tratamento ortodoxo, mas sim como técnica auxiliar (Sheila [et al.], 1997).

A Ordem dos Enfermeiros (2008) preconiza que o enfermeiro deve utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica e que estas devem ser escolhidas de acordo com as preferências do doente, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível. Sendo assim, classifica as mesmas em:

- físicas (exemplos: termoterapia, estimulação elétrica transcutânea, exercício e massagem);
- cognitivo – comportamentais (exemplos: distração, imaginação, música, estratégias de conforto, reestruturação cognitiva);
- suporte emocional (exemplos: toque terapêutico, conforto, presença de alguém significativo).

Com base na classificação publicada no Relatório da *National Center for Complementary and Integrative Health* (2011) por ser mais estendido, agrupam este tipo de terapias em cinco domínios, sendo eles:

- **Sistemas médicos abrangentes:** são as terapias que se desenvolvem e se sustentam de sistemas completos de teoria e prática, que evoluíram independentemente da abordagem biomédica convencional (homeopatia, naturopatia, medicina naturista, medicina tradicional chinesa e acupuntura);
- **Técnicas da mente e do corpo:** são aquelas que se concentram na interação entre a mente, o corpo e o comportamento e técnicas de controlo da mente para modificar funções físicas e promoção da saúde (yoga, meditação, oração, cinesiologia, hipnoterapia, musicoterapia, terapia artística e dança);
- **Práticas biológicas:** são aquelas que aplicam substâncias encontradas na natureza, pelo seu sabor, aroma e possíveis propriedades terapêuticas como as ervas, flores, folhas, cascas de árvores, frutas, sementes, raízes e certos alimentos (fitoterapia, aromaterapia, terapia floral, terapia nutricional, tratamentos com suplementos nutricionais e vitaminas);
- **Manipulação e práticas baseadas no corpo:** são terapias que se enfocam na manipulação ou movimento de uma ou mais partes do corpo. A convicção fundamental é que todos os sistemas do corpo trabalham em conjunto de forma integrada, por isso

distúrbios num sistema pode afetar o funcionamento em outras partes do corpo (osteopatia, quiropraxia, quiromassagem, reflexologia, drenagem linfática e shiatsu);

- **Técnicas baseadas em energia:** são as terapias que usam campos de energia para influenciar o estado de saúde (Qi-Gong ou Chi-Kung, Reiki, terapia biomagnética ou com campos magnéticos).

Assim, este tipo de técnicas englobam um grupo muito amplo e heterogêneo de técnicas, o que dificulta a enumeração e a classificação, bem como a limitação do alcance podendo apresentar classificações diferentes.

No que concerne ao controlo de sintomas, as terapias não farmacológicas poderão ser uma alternativa terapêutica segura e equilibrada, bem tolerada, com baixo custo e normalmente de fácil aplicação, em associação a fármacos, potenciar o efeito terapêutico global, reduzindo as doses farmacológicas e minimizando os efeitos colaterais e adversos (Peixoto, 2016).

De acordo com um estudo exploratório-descritivo realizado por Caires [et al.] (2014, p. 517) concluiu que as *“principais finalidades do uso das terapias complementares, utilizadas pelas instituições participantes foram: complementação do tratamento clínico e o alívio dos sintomas, em especial destacaram a ansiedade (100%), seguida da depressão e dor, ambas com 83%”*. Quanto aos benefícios da utilização das terapias não farmacológicas, nos doentes sob cuidados paliativos, foi mencionado a promoção do relaxamento; oportunidade de conhecimento do próprio doente e estabelecimento de uma autêntica relação entre profissional-doente. Estas terapias são usadas, também, para evitar o isolamento social e a depressão; facilitar interação entre o doente e família; proporcionar uma melhoria na qualidade de vida e potencializar o efeito dos medicamentos no controlo da dor (Caires [et al.], (2014)).

Nos Estados Unidos da América, em 2008 alguns estudos relatam que o uso de terapias não farmacológicas por doentes do foro oncológico encontrava-se entre os 48% e os 87%, sendo que de 1,7% a 31% dos doentes utilizavam especificamente a acupuntura (Lopes, 2012).

Com efeito, as terapias não farmacológicas devem integrar-se nos cuidados paliativos porque partilham parte dos seus valores e objetivos, nomeadamente o principal objetivo não é curar, mas dar qualidade de vida, conforto e comodidade. Como já foi exposto, estas terapias podem ser uma boa estratégia para auxiliar a controlar os sintomas,

aliviar o sofrimento e a reduzir a ansiedade, as náuseas e os vômitos, fomentar o relaxamento e a tranquilidade, potenciar a um sono reparador e melhorar a comunicação, a autoestima e a sensação de bem-estar do doente.

Apesar de em Portugal não existir uma legislação geral para todas as terapias não farmacológicas, algumas em concreto estão regulamentadas através da Lei nº 71/2013 de 2 de setembro, o que oferece ao doente uma maior segurança e qualidade dos tratamentos efetuados, no entanto estas terapias não farmacológicas ainda são pouco utilizadas e financiadas pelo Sistema Nacional de Saúde. Desta forma, é essencial conhecer todos os recursos terapêuticos que temos disponíveis de modo que, permita o uso concomitante de diversas modalidades terapêuticas em simultâneo em prol do bem-estar e conforto do doente em final de vida.

3 – A VIA SUBCUTÂNEA NA GESTÃO DE SINTOMAS

Numa fase em que o doente não responde aos tratamentos curativos, exige-se que voltemos os nossos cuidados para a pessoa, dando-lhe cuidados intensivos de conforto. Conforme temos vindo a referir, uma componente essencial em cuidados paliativos é o controlo de sintomas e não o uso de procedimentos fúteis de prolongamento ou de abreviação da sobrevida.

Pontalti [et al.] (2012, p. 200) afirmam que o

“cuidado paliativo busca a qualidade de vida e a dignidade aos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, dando-se, dessa forma, primazia ao cuidar. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a continuidade da vida. Os profissionais da saúde têm empregado esforços para que os hospitais venham a instituir serviços de cuidados paliativos para melhor atenderem os pacientes em fase final de vida, afastando, desse modo, a ideia de “não ter mais nada a fazer””.

A via de administração de fármacos de eleição em cuidados paliativos é a via oral, por ser a via mais simples e menos invasiva. Contudo, estudos revelam que entre 53 e 70% dos doentes oncológicos, em situação de incurabilidade, necessitarão de outra via alternativa para a administração de fármacos. Essa percentagem aumenta quando o doente está numa situação agónica, ou seja, quando a sua morte está próxima (Pontalti [et al.], 2012).

A SECPAL (2013, p. 5) corrobora que a via SC *“é uma alternativa em situações em que não resulta a via oral, intravenosa ou intramuscular em pacientes com necessidade de cuidados paliativos. Aproximadamente, um 60% dos pacientes terminais serão candidatos ao uso da via subcutânea”.*

Todavia, de acordo com Marinela, Rodrigues e Almeida (2013, p. 24) na

“prática, verifica-se que a via subcutânea é pouco utilizada em meio hospitalar, devido à generalização da via endovenosa e à in experiência dos profissionais de saúde. Por outro lado, a inexistência de protocolos/instruções de trabalho definidos para a implementação desta técnica associada contribui para a pouca adesão à utilização da via subcutânea”.

Para Pontalti [et al.] (2012, p. 199) a “*via subcutânea é um método consensualmente reconhecido como seguro internacionalmente, não produzindo nenhuma complicação grave quando comparado ao intravenoso e, tecnicamente, a aplicação do cateter subcutâneo é mais fácil*”. A utilização da via subcutânea em contexto hospitalar, exterior às unidades específicas de cuidados paliativos é escassa e está ainda rodeada de algum desconhecimento e até mitos, o que impede a sua implementação e desenvolvimento. Os mesmos autores (2012, p. 204) acrescentam que apesar

“dos benefícios da via subcutânea no tratamento paliativo, essa ainda é subutilizada, mesmo nos ambientes dos cuidados paliativos de âmbito internacional. Em um estudo realizado em 2001, acredita-se que cerca de 30% das instituições hospitalares não adotam o uso frequente da via subcutânea para a administração de fármacos intermitentes e/ou contínuo”.

A terapia subcutânea ou hipodermoclise consiste na administração de uma solução no tecido subcutâneo localizado abaixo da derme da pele através de uma agulha, preferencialmente de baixo calibre cuja vascularização é similar à que se observa nos músculos. Permite a utilização da maioria de fármacos necessários em medicina paliativa e com poucos efeitos secundários ou complicações.

Para o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2008, p. 261) a

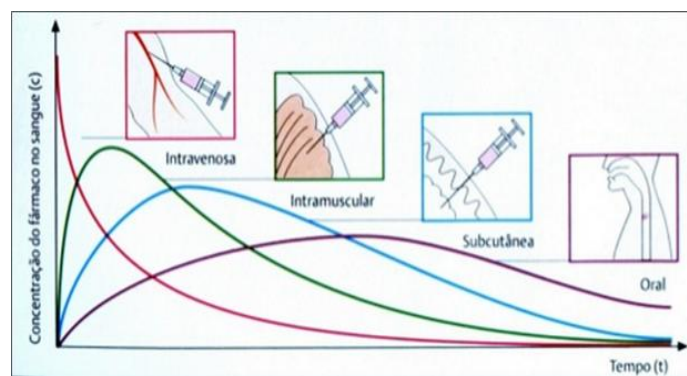
“velocidade com que as soluções administradas atingem o espaço vascular varia de acordo com a sua densidade. Os princípios físicos envolvidos baseiam-se nas forças de Starling, sendo que a absorção para o espaço intravascular depende do equilíbrio entre as forças hidrostáticas e forças osmóticas através da parede do vaso sanguíneo”.

Segundo a fonte supracitada (2008) estas relações condicionam o tipo de solutos a serem usados, assim como as indicações clínicas; empiricamente, uma droga com especificidade e indicação para ser administrada no músculo poderia ser aplicada também no subcutâneo. A justificação parte do princípio de que os espaços intracelulares da hipoderme e dos músculos possuem composição e pH semelhantes; contudo, esta argumentação ainda necessita de estudos mais aprofundados.

Não obstante, Azevedo e Barbosa (2012, p. 259) contam que

“quando comparadas as vias parenterais intravenosa (IV), intramuscular (IM) e SC, a concentração sérica máxima é alcançada na circulação em menor tempo para as vias IV e IM (...). Para a via SC, essa concentração máxima é obtida em tempo maior do que para as vias parenterais citadas, mas mantém níveis plasmáticos mais elevados por maior tempo”, como se pode verificar na figura nº 2.

Figura nº 2 – Variação da concentração do medicamento na corrente sanguínea conforme o tempo e a via de administração



Fonte: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA) – **Terapia Subcutânea no Câncer Avançado**. Rio de Janeiro: Série Cuidados Paliativos, 2009, p. 23.

De acordo com Pontalti [et al.] (2012, p. 200)

“a taxa de absorção de fármacos pela via subcutânea é uniforme e lenta. Entretanto, essa pode ser variada intencionalmente, de acordo com meio utilizado: em bolus ou em infusão contínua. A administração de fluidos e de fármacos através da via subcutânea reduz o período de latência do medicamento (tempo para iniciar a ação) quando comparada à via oral”.

Este perfil de absorção pela via SC mais pausado possibilita uma concentração sérica estável do medicamento e impede picos plasmáticos os quais podem determinar o possível aparecimento de efeitos colaterais indesejáveis. Se for usada uma infusão contínua por via SC, a concentração plasmática mantém-se em níveis suficientes para impedir o aparecimento de sintomas descontrolados (Azevedo e Barbosa, 2012). Por outro lado, essa característica faz com que a via SC não seja a ideal, quando é necessário um ajuste rápido de dose ou infusão de soluções de grande volume em curto período de tempo.

3.1 – Vantagens e Desvantagens da Via Subcutânea

As primeiras referências ao uso da via subcutânea foram descritas inicialmente no ano de 1914, para administração de fluídos em doentes pediátricos. O método foi utilizado em doentes em fase terminal pela primeira vez nos hospitais da Inglaterra em 1979. Numa fase inicial, outras indicações foram descritas no uso da via subcutânea, nomeadamente para o controlo de vômitos severos e obstrução intestinal. No entanto, por volta de 1950, existia relatos de efeitos secundários severos associados com a infusão subcutânea contínua causaram o abandono deste método.

Atualmente, esta técnica é bastante utilizada na área da oncologia, especialmente após o aparecimento dos "*Hospices*". Em Portugal este método é maioritariamente utilizado na área dos cuidados paliativos, oncologia e em algumas unidades de cuidados continuados.

De uma forma geral, o recurso da utilização da via subcutânea apresenta notórios ganhos em saúde, oferece ao doente maior comodidade e promove o seu conforto e qualidade de vida quer em ambiente hospitalar quer no domicílio.

- **Indicações na Terapia SC** (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008):

- para administração de analgesia em doentes com necessidade de Cuidados Paliativos e impossibilitados de ingerir os medicamentos por via oral;

- prevenção ou tratamento da desidratação moderada, com ingestão oral inadequada, apresentando sintomas como diarreia, vômitos, infeções e confusão mental;

- na manutenção da hidratação dos doentes transitoriamente impedidos de hidratação oral, como, por exemplo, na disfagia na fase aguda do acidente vascular cerebral, no agravamento de uma doença crónica que induza um quadro de agitação ou de delírio, no pós-operatório de cirurgia não complicada e nas situações de obstrução intestinal;

- para a reposição de eletrólitos, com descompensação moderada;

- na administração de alguns antibióticos sem possibilidade de um acesso venoso seguro e confortável.

Estas indicações deverão respeitar algumas condições, nomeadamente: a necessidade de reposição de volume intravascular não deve ser emergente; a existência de

integridade da pele; a inexistência de alterações dos valores de coagulação ou trombocitopenia.

- As principais **contraindicações** incluem:
 - estado avançado de caquexia, por hipotrofia do tecido subcutâneo, edema, insuficiência cardíaca, desidratação grave, distúrbios de coagulação, foco infeccioso próximo ao local da punção, a não aceitação do doente ou família/cuidador e a administração em doentes em diálise peritoneal.

Vantagens da via subcutânea (Pontalti [et al.], 2012):

- procedimento simples, eficaz, seguro e com raras complicações;
- confortável para o doente e com poucos efeitos adversos ou facilmente evitáveis;
- menos dolorosa para o doente;
- fácil manipulação e conservação;
- possibilidade de ser implementada no domicílio do doente, ou onde ele esteja;
- boa opção para a reposição de eletrólitos e medicações analgésicas quando a aceitação oral está comprometida e a medicação necessita ser administrada;
- doentes em estágio avançado de doença apresentam dificuldades para punção venosa, bem como intolerância a altas doses de opioides pela via oral, pelo que a via SC é uma boa alternativa;
- baixo custo.

Desvantagens da via subcutânea (Pontalti [et al.], 2012):

- algumas reações locais observadas (rubor, tumefação da pele, dor e extravasamento);
- raras complicações documentadas estão: farmacodermia, granuloma, infiltração, celulite e sangramentos discretos em doentes com discrasias sanguíneas, relacionadas principalmente pela seleção do fármaco, pelo volume administrado e pelo local da punção;
- a velocidade de absorção dos fluidos por via SC também é reduzida na presença de edemas e hematomas no sítio de infusão, já que esta ocorre por difusão capilar;

- os efeitos adversos mais comuns encontrados na literatura são as dores no início da infusão, desconforto relacionado ao posicionamento do cateter e punção equivocada de capilar sanguíneo; todas estas ocorrências são resolvidas com o rodízio do local puncionado. A celulite é a complicação mais grave descrita e tem baixa ocorrência (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008).

É importante informar e educar o doente e família sobre o manejo da via e possíveis efeitos adversos, de forma a estarem despertos para possíveis complicações, ainda que sejam escassas.

3.2 – A utilização da Via Subcutânea para a Hidratação

Dadas as condições fisiológicas, por vezes o doente não é capaz de receber quantidades de líquidos suficientes pela via oral, daí que seja necessário recorrer a outras vias alternativas, nomeadamente, a via subcutânea.

Convém referir, que não existe um consenso, quanto à nomenclatura a usar (subcutânea ou hipodermóclise). Alguns estudos, usam de forma indiferenciada o termo via subcutânea e técnica de hipodermóclise como uma forma de administração subcutânea (SECPAL, 2013). Por seu lado, Galhardi Di [et al.] (2016, p. 4) referem que o

“termo “hipodermóclise” corresponde ao uso da via subcutânea para infusão contínua de soluções em volumes maiores. Quando um determinado medicamento é infundido em bólus ou diluído em pequeno volume, não cabe descrever essa aplicação como hipodermóclise, mas sim como “uso da via subcutânea””.

Para Azevedo e Barbosa (2012) o termo “hipodermóclise (HDC)” ou “hidratação subcutânea (SC)” referem-se à administração de soluções de (re) hidratação parenteral. Quando essa via é utilizada para administração de medicamentos, considera-se o termo “terapia SC”.

Querido e Guarda (2010) admitem que a hidratação, utilizando a via SC, designa-se por hipodermóclise é explicada como uma infusão de fluidos no tecido subcutâneo. O seu mecanismo consiste na administração lenta de fluidos no espaço subcutâneo, sendo que o fluido é transferido para a circulação sanguínea por ação combinada entre a difusão de fluidos e a perfusão tecidular. Segundo estas autoras os doentes em fim de vida necessitam de 500 a 600 ml/dia para manterem uma hidratação adequada.

Marquez e Prado (2010) referem que as vantagens esperadas da hidratação subcutânea são:

- diminui a incidência do delírio e melhora os sintomas, melhorando a função cognitiva em estádios distantes à morte;
- recomendada no controlo da hipercalcemia maligna e neurotoxicidade por opiodes;
- prevenção da desidratação como fator contribuinte para o aparecimento de úlceras por pressão ou obstipação.

Muñoz M. e Quiroga G. (2016) salientam que quando não existe possibilidade de ingestão oral (seja por fatores digestivos, alteração do estado de consciência, incapacidade de deglutir ou outros), a hidratação é discutível porque ainda não está demonstrado o seu benefício e o seu uso pode ser contraditório ao produzir eventualmente aumento de: farfalheira, secreções pulmonares ou gástricas, edemas generalizados, edema pulmonar, um risco de sobrecarga hídrica e muitas vezes distância o profissional de saúde de um enfoque holístico da situação, criando uma falsa esperança de possibilidade de recuperação do doente.

No entanto, e apesar do relatado anteriormente, em condições favoráveis para administração de soluções para hidratação, sabe-se que soluções isotônicas, como o soro fisiológico 0,9% e soro glicosado 5% são seguras para o uso SC, podendo ser infundidas de forma contínua ou intermitente. Azevedo e Barbosa (2012) recomendam o volume máximo administrado até 3000 ml em 24 horas (dividindo-se em dois locais separados) e simultâneos, 1500 ml por local de infusão. Alguns doentes com tecido SC diminuído podem ter o volume limitado a 2000 ml em 24 horas. Os ritmos de infusão podem variar de 20 a 120ml/h e pode-se ainda nestas soluções adicionar eletrólitos nas doses normais preconizadas.

No nosso país, e apesar de alguma bibliografia já existente sobre a utilização da via subcutânea, sobretudo em contexto de internamento hospitalar exterior aos serviços específicos de cuidados paliativos, é escassa e está ainda rodeada de algum desconhecimento (Neto, 2008). Acrescenta que, apesar de não se dispor de referências internacionais de prevalências esperadas para essa utilização, pensa-se, com base na observação da realidade portuguesa, que esse número não ultrapassa habitualmente os 10%, contudo, naquelas unidades em que é utilizada têm grandes benefícios.

Até ao momento, não existe um consenso claro a favor ou contra a hidratação SC, por isso a decisão deve basear-se numa avaliação cuidadosa, individualizada e multidisciplinar de cada caso específico, tendo sempre em conta os desejos e expectativas do doente e família após serem devidamente esclarecidos dos potenciais riscos ou benefícios (Marquez e Prado, 2010).

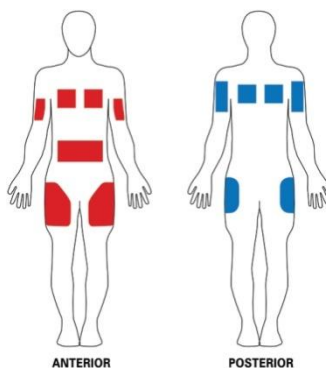
3.3 – A Técnica e os Fármacos mais utilizados na Via Subcutânea

O recurso à via subcutânea como temos vindo a referir pode ser uma boa opção perante outras vias. Pontalti [et al.] (2012, p. 201) relatam que esta *“técnica consiste na introdução de uma agulha de metal, tipo borboleta, de números 21 ou 23, inserindo-se a agulha em tecido subcutâneo, fixado por um curativo transparente para visualizar a pele circundante”*.

O dispositivo mais utilizado e com menor custo é a *butterfly*. Para punções em que haja previsão de uso prolongado e também em âmbito domiciliário para a prevenção de acidentes com material corto-perfurante são utilizados os cateteres não-agulhados, onde se deixa um pertuito tunelizado de poliuretano ou de silicone, no tecido subcutâneo, e a agulha é removida. Os calibres de escolha usualmente estão entre os números 18G e 24G (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008).

Os locais de inserção do cateter por via subcutânea geralmente são os mesmos da administração de insulina SC. Normalmente privilegiam-se as seguintes zonas: a face anterolateral do abdómen (respeitando uma circunferência de quatro dedos à volta do umbigo), tórax superior (esta região deve ser evitada nos doentes com caquexia devido ao risco de pneumotórax), região escapular (mais utilizada se o doente estiver muito agitado), a face externa das coxas e os braços (figura nº 3). Os locais mais indicados para punção são aqueles com uma maior quantidade de tecido adiposo (Pontalti [et al.], 2012).

Figura nº 3 – Locais de punção para administração de terapia subcutânea



Fonte: BRUNO, Vanessa Galuppo – **Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica**. São Paulo: Einstein. 2013, p. 2.

De referir, que apesar de se considerar de livre escolha, as características do doente são importantes para a realização da punção ideal, nomeadamente: mobilidade do doente, se é acamado ou não, estado da pele e mesmo a sua condição de nutritiva (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008).

Antes de usar esta técnica, o enfermeiro deve explicar ao doente e família, o procedimento da mesma numa linguagem acessível e clara e estar disponível para esclarecer dúvidas ou receios, tal como a Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (1999, p. 208) assegura *“tudo se joga então na negociação com a pessoa em causa: ouvir as suas questões, informá-la sobre a realidade de tratamento bem como dos benefícios esperados”*.

Dependendo dos autores e de alguns estudos, *“o tempo de permanência da agulha é preconizado de 48h a 96h, podendo permanecer por mais tempo, se o local estiver viável e se não apresentar sinais de irritação ou de inflamação. O local deve ser inspecionado diariamente”* (Pontalti [et al.], 2012, p. 202), sendo recomendado cobrir a agulha e o fecho de segurança com um penso transparente e impermeável anotando a data de colocação.

Porém, não existe concordância acerca do tempo de duração do cateter SC. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2008, p. 265) refere que o *“sítio de inserção do cateter pode ser o mesmo por até sete dias”*, em ambiente hospitalar, é recomendável discutir com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da instituição para monitorização e controlo.

Na presença de sinais inflamatórios, o cateter deve ser retirado o mais precocemente possível e a zona puncionada estará contra-indicada para novas punções por um período no mínimo de pelo menos dez dias. De referir, que a agulha *“deve ser retirada se o local apresentar rubor, endurecimento, dor ou se houver uma fuga de medicamento ou sangramento”* (Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos, 1999, p. 209). Deve ser instituída uma prática de rotação dos locais de punção referenciando-a no processo do doente.

Em relação aos fármacos mais utilizados em cuidados paliativos por via SC, os hidrossolúveis e aqueles com pH próximo à neutralidade são bem toleráveis no tecido conjuntivo e adiposo, apresentando menor risco de efeito acumulativo, dos quais se destacam: os opióides (morfina, tramadol, fentanil), os neurolépticos (haloperidol), os antieméticos (metoclopramida, haloperidol, levomepromazina) e a butilescopolamina esta como anticolinérgica. Outros fármacos como a dexametasona, o midazolam, a furosemida, a ceftriaxona e a cefipima, são também administráveis por esta via. Alguns medicamentos com pH ácido podem ser administrados pela via subcutânea, desde que isso seja feito de forma mais lenta: haloperidol (pH: 3,0–3,8), metoclopramida (pH: 3,0–5,0), ondansetrona (pH: 3,5), butilescopolamina (pH: 3,7–5,5) e levomepromazina (pH: 3,2–4,7) (Azevedo e Barbosa, 2012).

Galhardi Di [et al.], (2016, p. 31-32) enunciam que

“medicamentos com valores extremos de pH (<2 ou >11) devem ser evitados, pois apresentam grande risco de irritação local. Além disso, medicamentos com baixa solubilidade em água requerem diluição em soluções oleosas, o que aumenta a probabilidade de dor e edema após infusão subcutânea”.

Conforme a SECPAL (2013), os eletrólitos não-diluídos como o cloreto de potássio, e os fármacos: clorpromazina, metamizol e diazepam não devem ser administrados por essa via. Recomenda-se prudência com o uso de diclofenaco, levomepromazina, metadona, ondansetrona, fenobarbital e prometazina – que podem ser infundidos, porém, por apresentarem maior risco de efeitos locais indesejáveis, requerem que a diluição e o tempo de infusão sejam respeitados com rigor (Galhardi Di [et al.], 2016).

Preconiza-se que cada sítio de punção receba no máximo três drogas compatíveis entre si. Um consenso é que a dose administrada pela via subcutânea deve ser menor do que a dose oral, pois o uso do subcutâneo implica em maior biodisponibilidade dos

medicamentos. Também a Sociedade Francesa de Acompanhamento e Cuidados Paliativos (1999) refere que em caso de administração de medicamentos de forma descontínua, estes devem ser administrados muito lentamente e nunca injetar uma quantidade de produto superior a 3ml num mesmo local e numa mesma injeção.

A utilização da via SC deve ser criteriosa, sem embargo para Ferreira e Santos (2009, p. 114)

“há diversos medicamentos que podem ser administrados pela via subcutânea ou hipodermóclise, mas ainda é necessária a realização de novos estudos para avaliar a segurança e efetividade de outros grupos farmacológicos e assegurar uma prática baseada na evidência. Não existe estudos conclusivos em relação a diversos fármacos, o que limita a utilização de cada vez mais classes de fármacos por essa técnica”.

Seguidamente, apresenta-se uma tabela (tabela nº 1) com os medicamentos mais usados pela via SC na gestão de sintomas e a sua compatibilidade com os outros fármacos também utilizados na mesma infusão. Outros medicamentos têm vindo a ser estudados.

Tabela nº 1 – Compatibilidades entre fármacos administrados pela via subcutânea

Fármaco	Compatível com:
Butilescopolamina	Morfina; Haloperidol; Levomepromazina; Midazolam; Octreotido;
Dexametasona	Não deve ser misturada com outros fármacos em perfusão, excepto se for em doses muito baixas (1mg/24h)
Haloperidol	Morfina; Tramadol; Butilescopolamina; Metoclopramida; Levomepromazina; Midazolam; Octreotido
Levomepromazina	Morfina; Butilescopolamina; Metoclopramida; Haloperidol; Midazolam; Octreotido
Metoclopramida	Morfina; Tramadol; Haloperidol; Midazolam; Octreotido
Metadona	Midazolam
Midazolam	Morfina; Butilescopolamina; Metoclopramida; Haloperidol; Levomepromazina; Octreotido
Morfina	Butilescopolamina; Metoclopramida; Haloperidol; Levomepromazina; Midazolam; Octreotido

Octreotido	Morfina; Butilescopolamina; Metoclopramida; Haloperidol; Levomepromazina; Midazolam
Tramadol	Haloperidol; Metoclopramida
Não Misturar	Ceftriaxona, Cefepima, Diclofenac, Furosemida

Fonte: NETO, Isabel Galriça Adaptado de Dickman – Utilização da via subcutânea na prática clínica. **Sociedade de Medicina Interna**. Vol. 15, nº 4 (2008). [Consultado em 15/12/2017]. Disponível na WWW: <URL: http://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n4_2008_277_283.pdf>.

Após uma pesquisa na plataforma do INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde constata-se que vários fármacos utilizados por via subcutânea em Cuidados Paliativos ainda não estão regulamentados para serem administrados por esta via, o que dificulta e cria certos receios na sua utilização.

A ferramenta mais fiável e que garante uma completa informação sobre a utilização e segurança dos medicamentos ministrados em Cuidados Paliativos está disponível através do *Palliative Care Formulary* e é complementada na seguinte página – *palliativedrugs.com* (Neto, 2017).

3.4 – Questões Éticas na gestão da Via Subcutânea

A pessoa, como um ser biopsicossocial e espiritual, exige um cuidado integral e humanizado na assistência e um conhecimento técnico-científico, baseado nos alicerces da bioética (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça), aplicada à prática clínica como norteadora de decisões, valores, entre outros, em prol do respeito pela autonomia e dignidade humana (Benarroz; Faillace e Barbosa, 2009).

Os quatro princípios são uma forma de afirmar os direitos fundamentais da vida (beneficência e não-maleficência), a liberdade (autonomia) e igualdade (justiça). Assim sendo, a pessoa em fim de vida assiste-lhe o direito de conhecer a verdade sobre si, sobre a sua situação clínica (diagnóstico e prognóstico), se assim for a sua vontade expressa. Por outro lado, o profissional de saúde tem obrigação de comunicar com a verdade, mantendo sempre, a garantia que a pessoa terá acompanhamento durante o percurso da sua doença e decisões tomadas até ao final (Silva e Alvarenga, 2014).

Sabe-se que, a comunicação, outro dos pilares dos cuidados paliativos, é uma ferramenta terapêutica essencial que permite o respeito pelo princípio da autonomia, a confiança mútua, a segurança e a informação que o doente necessita para ser ajudado e para se ajudar a si mesmo (SECPAL, 1993). Para Antunes (2009, p. 270) “*devemos comunicar ao doente toda a verdade que ele quer ouvir*”, sendo estas matérias delicadas e complexas, remetendo para a sensibilidade e capacidade de compreensão dos profissionais de saúde.

Na perspetiva de Costa (2011, p. 106) aos “*doentes em fase terminal correspondem aos direitos fundamentais do ser humano, em que na fase final da vida adquirem uma componente especial, porque esses direitos passam a ser necessidades*”. Sendo assim, Costa (2011, p. 106-111), tendo por base Férez (1998) traçam como principais direitos do doente terminal:

- Ser tratado como pessoa humana até ao final da sua vida: a dignidade da pessoa deve ser preservada até ao fim da vida, não devendo ser esquecida a sua individualidade;
- Receber atenção personalizada: a pessoa tem direito a ser cuidada como um ser único e diferente dos outros, com personalidade própria;
- Enfatizar a participação da pessoa nas decisões: implica o princípio da autonomia e liberdade da mesma que não devem ficar comprometidos pelo facto de ser portadora de uma doença ou de a morte se aproximar. Assim, para o doente exercer a sua livre escolha deve estar devidamente esclarecido e informado;
- Receber resposta adequada e honesta às suas dúvidas e adquirir informação necessária;
- Aplicar os meios necessários para combater a dor/sofrimento: os profissionais de saúde têm o dever profissional de fazer tudo para minimizar a dor, sofrimento e atendendo às necessidades pessoais do doente;
- Manter a sua hierarquia de valores e não ser discriminado: os valores e decisões da pessoa têm de ser respeitados em todas as situações e necessitam de ser reforçados no final da vida;
- Manter e expressar a sua crença religiosa: deve-se respeitar a liberdade e opções religiosas do doente e facilitar meios que permitam a expressão da sua fé;

- Ser tratado por profissionais competentes, com capacidades para a comunicação e capazes de ajudá-los a enfrentar morte que está próxima;
- Receber o apoio da família e que estes o acompanhem ao longo de todo o processo da doença: a família é parte daquilo que somos, a sua presença em meio hospitalar, vinte e quatro horas por dia é um direito que assiste o doente em fim de vida;
- Morrer em paz e com dignidade: valorizar as necessidades da pessoa, fazê-la sentir única até ao final.

Com efeito, em contexto de cuidados paliativos são múltiplas as temáticas que podem levantar dilemas e conflitos éticos, no entanto, apenas serão abordados alguns assuntos relacionados com o estudo em causa, nomeadamente, o recurso à via subcutânea, hidratação e sedação, pois estes aspetos estão muitas vezes relacionados com a qualidade de vida, bem-estar, envolvendo as relações sociais, familiares e até culturais.

Sendo assim, um dos primeiros pré-requisitos para a implementação ou continuação de qualquer tratamento médico como é o caso da aplicação da terapia subcutânea e administração de certos fármacos, sem prejuízo pelo respeito do doente é o recurso ao consentimento livre e informado do doente (Council of Europe, 2014), sendo este, uma obrigação moral da equipa médica e de enfermagem. O consentimento informado é um instrumento ao serviço da tomada de decisões, que implica um relacionamento clínico de comunicação entre o médico com o doente e, posteriormente culmina num processo de informação em que as decisões compartilhadas são capturadas (Bátiz e Loncan, 2014). O propósito do consentimento informado é respeitar os direitos das pessoas doentes e garantir a transmissão de informações apropriadas.

De acordo com o Council of Europe (2014), ao avaliar, se uma forma de tratamento é ajustada em função de cada situação particular da pessoa, devem ser abordados os seguintes aspetos:

- avaliar os benefícios, riscos e restrições do tratamento médico de acordo com os efeitos esperados sobre a saúde do doente;
- a sua avaliação em função das expectativas da pessoa em questão. Isso resulta numa avaliação do "bem geral", que tem em conta o bem em termos não apenas dos resultados do tratamento da doença ou dos sintomas, mas também da qualidade de vida e do bem-estar psicológico e espiritual que pode proporcionar ao doente.

Quando, em uma dada situação, o tratamento que está a ser implementado ou aplicado não resulta no benefício, ou é considerado como sendo claramente desproporcional às necessidades da pessoa, pode ser descrito como "obstinação terapêutica". A obstinação terapêutica são atitudes claramente inadequadas face à situação da pessoa em fim de vida, por isso para Deodato (2010) agir com justiça, é hoje, atender ao que a pessoa precisa, na medida em que ela precisa, no tempo que ela precisa.

Também, a decisão de manter ou suspender a hidratação do doente com necessidade de cuidados paliativos deve ser discutida com a equipa multidisciplinar, com o doente (se este estiver consciente) e com os familiares. Na perspectiva de Chao e Girela (2011) parece claro que se a hidratação é removida, aspetos como a insuficiência renal e cardiovascular são potencializados e a morte ocorre com maior brevidade.

Para os mesmos autores (2011), se a ausência de hidratação é um mal para o doente (causa aceleração da morte ou causa agravamento de outros sintomas ou distúrbios), não é ético suprimi-la, a menos que seja inútil como é o caso da fase agónica. A vida tem um valor intrínseco e uma dignidade pessoal que deve ser valorizada com todo o respeito e com o tratamento que lhe é devido. Quer isto dizer, que o respeito pela vida de cada ser humano é um princípio moral universal que transcende amplamente a medicina e está presente ao longo da história da humanidade.

Em alguns casos esporádicos, pode o doente tomar a decisão e rejeitar métodos de hidratação, esta postura deveria ser respeitada, do ponto de vista moral e ético, pela equipa, considerando o princípio da autonomia. Porém, nem sempre essa decisão é atendida. Da perspectiva ética, os princípios da autonomia, beneficência e não-maleficência apoiam os direitos da pessoa em refutar ou questionar a retirada de algum tipo de terapia. Todavia, apesar das opiniões éticas e legais do assunto, alguns autores alegam que a retirada do tratamento nutricional é infundada e deveria ser evitada (Benarroz; Faillace e Barbosa, 2009).

Na opinião de Nogueira e Sakata (2012, p. 590) *“existe uma diversidade de opiniões sobre a hidratação no paciente terminal”*, quer isto dizer que subsiste uma grande discrepância de atitudes e posturas em relação à hidratação no doente em fim de vida, o que reflete a falta de consenso na opinião dos profissionais de saúde. Embora o suporte hídrico possa parecer fisiologicamente desnecessário nessas condições, a sua manutenção

pode conduzir a benefícios culturais e psicológicos, tudo deve ser avaliado e discutido sendo que o seu benefício deve ser maior que o prejuízo.

Num estudo realizado no Centro Hospitalar São João com objetivo de analisar a opinião dos médicos e enfermeiros relativamente à hidratação e nutrição no doente oncológico em situação de últimos dias de vida verificou-se que no que respeita à hidratação apenas 47,6% concorda ou concorda totalmente que a mesma pode contribuir para o desconforto do doente (Mendes, 2016).

No que respeita à decisão de recorrer ou não à sedação, esta deve ser validada pelo doente, que compreendendo a sua situação e a impossibilidade de aliviar o seu sofrimento de outro modo, pede ou aceita ser sedado (Gonçalves, 2006).

Segundo a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) citado por Nogueira e Sakata (2012, p. 586) o objetivo da sedação paliativa *“é aliviar o sofrimento, usando fármacos sedativos titulados apenas para controle dos sintomas”*. A sedação deve ser considerada e discutida entre os profissionais de saúde, doente e família, diante de uma situação de grave sofrimento causado pelos sintomas refratários.

Os familiares devem ser envolvidos na decisão sobretudo se o doente já não apresenta capacidade para o fazer, embora neste caso a avaliação dos seus benefícios e dos inconvenientes deva prevalecer sobre outras considerações (nomeadamente as situações de emergência como as hemorragias, a sufocação ou crises de agitação psicomotora).

Neste caso particular Nogueira e Sakata (2012) acrescentam, que o termo de consentimento informado uma vez mais, deve ser conduzido e explicado pelo médico responsável, assinado por uma pessoa adulta se possível pelo doente, em conformidade com os requisitos legais, no qual ele se declara ciente das indicações, dos riscos e dos cuidados que serão tomados, autorizando o tratamento paliativo com sedativos. Assim, o *“respeito pelos desejos, preferências e convicções dos doentes insere-se nos fundamentos dos cuidados paliativos - princípio do respeito pela autonomia”* (Gonçalves, 2006, p. 186).

“A capacidade de fazer escolhas autónomas é um aspecto essencial da ética em geral e da ética médica em particular, nomeadamente, no que respeita às decisões relacionadas com os problemas do fim de vida” (Gonçalves, 2006, p. 46). Deodato (2006) ajunta que a autonomia individual de cada pessoa se encontra no autogoverno sobre si próprio, traduzido na liberdade de tomar decisões sobre si e sobre a sua vida de forma independente.

Por fim, os princípios éticos em Cuidados Paliativos levam-nos a refletir que permanecem ainda internados nos hospitais muitos doentes na fase final da vida, sem direito a opção de escolha, sem oportunidade na tomada de decisões sobre os seus cuidados, sem poder exprimir as suas vontades e sem direito à informação, por isso é necessário continuar a criar políticas de saúde que fomentem a igualdade e justiça entre os cidadãos que estão mais fragilizados.

4 – CUIDAR DA PESSOA EM FIM DE VIDA

Cuidar a pessoa em fim de vida reveste-se de uma grande complexidade, na medida em que o *“sofrimento afecta a pessoa na sua unidade, integridade, coesão e coerência”* (Cerqueira, 2010, p. 22), provocando muitas vezes uma rotura de identidade.

Neste sentido, a equipa de saúde, nomeadamente o médico e enfermeiro, terão que ter uma participação ativa e de competência, no sentido de satisfazer as necessidades presentes, privilegiando o direito de morrer com dignidade e o direito de receber bons cuidados, alicerçada no dever do respeito pela vida.

Abiven (2001, p. 21) refere que o fim de vida se trata de um *“acontecimento existencial de uma importância extrema e única”*, que exige uma prática muito específica. Gomes (2010, p. 4) acrescenta que o *“cuidado ao doente em fim de vida deve ir de encontro às suas necessidades físicas e psicossociais, adaptando-o ao seu estado e condição global a cada avaliação”*, cuidando-a de forma holística, alcançando o respeito pela dignidade do seu ciclo de vida.

Falar da pessoa em fase final de vida, significa falar daquelas pessoas para quem já não há recursos terapêuticos disponíveis, capazes de travar a evolução da doença, tornando-se na morte em algo previsível a mais ou menos curto prazo, que pode ir de horas ou dias a semanas ou meses.

Convém relembrar, quando se cuida a pessoa em fim de vida, devem ser valorizados os aspetos pessoais, emocionais, culturais e espirituais, bem como os princípios éticos e morais que envolvem a relação interpessoal estabelecida, a prática da clínica não se reduz à mera execução de técnicas. Por isso, Gomes (2010, p. 3) refere que o

“doente deve ser considerado com todo o respeito que lhe é devido, como ser humano que é, pelo que personalizar as suas necessidades é uma prioridade a cimentar pelos profissionais de saúde, familiares ou outros cuidadores, respeitando-o nas suas crenças e desejos, dando ao processo de morte a possibilidade de prosseguir o seu percurso, de forma natural, encaminhando-se para um fim digno e sereno”.

Também o Código Deontológico dos Enfermeiros corrobora a anterior afirmação através do Artigo 87º, referenciando a pessoa em final de vida engloba o

"respeito pelo doente terminal – O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de:

a) defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; b) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; e c) respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”.

Em situação de doença final ocorre uma série de singularidades que são importantes não só para defini-la, como também estabelecer adequadamente a terapêutica a ser instituída, pois cada pessoa atribui um significado diferente ao que é desejável à sua situação de acordo com os contextos vigentes (Cerqueira, 2010).

De acordo o *Guia de Cuidados Paliativos* da SECPAL os aspetos fundamentais que traduzem a doença terminal são:

- presença de uma doença avançada, progressiva e incurável;
- falta de possibilidades razoáveis de resposta ao tratamento específico;
- presença de numerosos problemas e sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e descontrolados;
- grande impacto emocional/psicológico no doente, família e equipa de saúde muito relacionada com a presença explícita ou não da morte;
- esperança de vida relativamente curta.

Segundo Pacheco (2004), ao longo do curso da doença, a pessoa pode atravessar períodos de alterações extremas que podem variar desde uma melhoria dos sintomas e até uma certa estabilização, alternando com períodos de exacerbação e progressão. Estas fases podem manter-se durante meses e até mesmo anos, contudo á medida que a doença vai evoluindo os períodos de agudização aumentam quer de intensidade, quer em duração.

Por conseguinte, é comum o doente expressar um leque de sentimentos oscilantes, com respostas emocionais marcadas, como: rutura (descrença, negação, choque, desespero), disforia (ansiedade, insónia, dificuldade de concentração, cólera, culpa, tristeza, depressão) e por fim, adaptação (enfrentar as implicações, estabelecimento de novas metas, esperança restaurada com novos objetivos, retoma das atividades), a pessoa aprenderá a fazer os seus próprios lutos para manter o sentido da vida (Gomes, 2010). O doente nesta fase deve entender que não está sozinho neste sinuoso caminho, que continua a ser importante e que os seus cuidados se estendem até ao final da vida, daí a importância do cuidar humano de forma integral.

Contudo, se a pessoa em fim de vida não for devidamente acompanhada

“pode constituir uma das provas mais duras de sofrimento humano porque anuncia à priori que a morte se aproxima, onde é exigido que as pessoas se adaptem às mudanças muitas vezes rápidas, porque cada dia, cada minuto, cada segundo está a passar, transportando a incerteza, o desconhecido e a incompreensão” (Costa, 2010, p. 95).

Deste modo, os profissionais de saúde desempenham um papel preponderante no processo de cuidar, quer assegurando um controlo de sintomas adequado, quer preparando o doente e a família para o momento final. Assim, para Gomes (2010, p. 5) os

“últimos dias de vida devem ser uma etapa cujo objectivo é obter paz, alívio, qualidade de vida e qualidade no processo de morrer. Decidir uma situação de ausência de mal-estar físico e alívio do mal-estar psicológico, que repercuta positivamente na condição espiritual do doente e família e/ou pessoa significativa”.

Independentemente do tipo de doença de base, os sintomas mais prevalentes na fase final de vida são muito semelhantes. O doente torna-se cada vez mais cansado, mais fraco e sonolento; fica menos interessado nas circunstâncias do seu entorno, muitas vezes fica confuso e pode também ficar agitado. Os sintomas mais comuns que surgem nas últimas semanas de vida usualmente são: dor, dispneia, confusão mental e delírio, astenia, anorexia, obstipação, boca seca, náuseas e vômitos, sudorese e disfunção urinária, além de alteração do sono/vigília e depressão (Kira, 2008), sendo que por vezes é necessário recorrer à via SC para uma melhor gestão destes sintomas.

É na equipa de saúde que a família procura orientação e respostas sobre o que está a acontecer, sobre o que pode e deve esperar e sobretudo como deve proceder durante a fase de agudização da doença e após a morte. É importante que a equipa esteja disponível para conseguir adaptar-se à grande diversidade de necessidades expressas pelo doente e família (Barbosa e Neto, 2010). De acordo com Magalhães (2009, p. 96) de *“todos os que estão envolvidos nos cuidados às pessoas em fim de vida, com excepção das pessoas mais chegadas, os enfermeiros têm o contacto mais próximo e continuado com eles”*, por isso por vezes reveste-se de várias dificuldades na gestão de sentimentos pessoais como a revolta, a impotência, a frustração, o medo da morte (Bochereau, 1978; Alves, 2005; Moreira 2007; Cerqueira, 2010). Face a estes sentimentos negativos e destrutivos os profissionais de saúde sentem a necessidade de utilizar estratégias de adaptação, conscientes ou inconscientes, designadas por mecanismos de defesa ou estratégias de

coping, como forma de se auto proteger do desgaste e sofrimento que pode resultar deste processo difícil e multidimensional, que é o cuidar em fim de vida e tudo que envolve.

De destacar, que analogamente o enfermeiro é importante no acompanhamento da pessoa em fim de vida, uma vez que apresenta capacidades técnicas e desenvolve habilidades humanas e éticas no sentido de estabelecer uma relação de ajuda num clima de cumplicidade, de confiança e respeito para viver o mais serenamente possível até ao fim.

Uma outra competência, diferenciada por Pacheco (2004, p. 130) é a capacidade de “escuta”, esta consiste em *“utilizar todos os sentidos de modo a captar a experiência da outra pessoa e ainda superar a tendência de responder imediatamente e de propor soluções”*, sendo primordial numa efetiva relação de ajuda. Uma autêntica capacidade de escuta deve permitir ao doente que exprima todos os sentimentos decorrentes desta fase.

Para além disso, a mesma autora (2004) acrescenta que a “empatia” é outro pilar essencial na relação de ajuda, pois o profissional de saúde deve ser capaz de “compreender o compreender do outro”, de se colocar no seu lugar, reconhecendo sempre, no entanto, que a vivência é da outra pessoa.

Estas particularidades acima nomeadas, apesar de parecerem demasiado simplistas podem fazer toda a diferença na intervenção dos profissionais de saúde para ajudar o doente a vivenciar o sofrimento e a dor com menos receios, vivendo os últimos momentos com verdade e plenitude.

Contudo, devido à irreversibilidade da doença, a pessoa em fim de vida tem necessidade de ter, de ser e fazer valer a satisfação das suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais. As necessidades biológicas resultam da degradação e evolução da doença. As necessidades de carácter psicológico estão relacionadas com a impossibilidade de cura, o medo da morte, da dependência dos outros, os projetos que não serão realizados, situações delicadas podem conduzir a alterações psico-emocionais. Em relação à satisfação de necessidades sociais, passam por ajudar a pessoa a resolver projetos pendentes com a família ou com pessoas que se relaciona (Costa, 2010). Para minimizar este sofrimento global, a pessoa necessita de compreender o sentido da vida, da doença e da morte à raiz dos seus valores, sendo estas necessidades de carácter espiritual.

4.1 – Promoção do Conforto em Fim de Vida

O objetivo dos cuidados paliativos é proporcionar o máximo de conforto à pessoa que está a enfrentar a última etapa da vida. Salienta Serrão (1990, p. 91) os *“doentes terminais são aqueles para quem a ciência e a tecnologia não têm meios para suspender a morte”*.

O conforto é um conceito multidimensional, que deriva da palavra latina *“confortāre”* que etimologicamente significa auxílio, apoio numa aflição, numa situação de dor, de infelicidade, o que alivia fisicamente; o que restaura, revigora, conforta (Apóstolo, 2009).

Torna-se importante referir, que ao longo da evolução histórica, social, religiosa e principalmente com a evolução das ciências da saúde o termo conforto foi assumindo significados diversos. Kolcaba & Kolcaba (1991) efetuaram uma análise do significado conceito de conforto e identificaram seis significados de conforto:

1º o conforto é considerado uma causa de alívio do desconforto, em que através da identificação das necessidades da pessoa se implementam medidas de conforto;

2º conforto é definido como um estado de tranquilidade, satisfação, de ausência de dor, preocupação, tristeza, angústia e sofrimento;

3º o conforto é entendido como alívio do desconforto, explicado através dos dois significados anteriores;

4º o conforto é percecionado como gerador de uma vida fácil, agradável e prazerosa;

5º e 6º o conforto significa fortalecimento, vigor físico, encorajamento, estímulo, incentivo, ajuda, suporte, renovação e poder.

Kolcaba (2003) salienta que o conforto deve assumir um papel relevante nos cuidados de enfermagem e resulta da satisfação das necessidades multidimensionais da pessoa. Como tal, a promoção do conforto assume relevância na prática de cuidados em fim de vida. De acordo com a CIPE versão 2.0, o conforto corresponde a uma *“sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal”* (2010, p. 45); confortar é *“consolar alguém nos momentos de necessidade”* (2010, p. 95); o bem-estar dirige-se para a *“imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência”* (2010, p. 41).

Já Florence Nightingale (1859, citada por Apóstolo, 2009, p. 64) defendia o conforto como um fenómeno central para atender às necessidades específicas de cada pessoa.

“O alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia”.

De acordo com Oliveira (2011, p.6), o conforto é *"percecionado como uma sensação de serenidade e conchego ou como uma experiência de sentir-se aliviado e/ou consolado face à percepção de um incómodo ou perturbação"*.

Martins (2010) no seu estudo verificou que o termo conforto significa para os enfermeiros mobilizar intervenções de ordem física que tem como objetivo eliminar a dor e o desconforto, proporcionando bem-estar. As estratégias de conforto de ordem física desenvolvidas pelos enfermeiros do estudo são: a utilização de analgesia, a utilização de técnicas não convencionais como a massagem, a música e a aromaterapia, cuidados de higiene, hidratação da pele e posicionamentos.

Cerqueira (2010) no seu estudo, reconheceu que para os enfermeiros o conceito de conforto compreende cuidados de alívio no sofrimento físico e cuidados de consolo emocional e espiritual. Verificou ainda, que as unidades hospitalares de agudos devem enfatizar um acompanhamento da pessoa em fim de vida com uma relação empática, promovendo o conforto e melhorando o ambiente, através um espaço isento de cheiros, de ruídos e com uma luminosidade adequada.

Também, um estudo realizado num serviço de Medicina de um Hospital Central de Lisboa, concluiu que as principais formas de confortar, valorizam a unicidade da pessoa e o respeito pela identidade do idoso, evidenciando o agir do enfermeiro numa ação confortadora assente em valores e princípios da profissão (Ribeiro, Marques e Ribeiro, 2017).

Efetivamente, confortar a pessoa em fim de vida, é um acto complexo, exigente que impõe interação e um delinear de objetivos centrados na pessoa, procurando bem-estar, do conforto, da qualidade de vida e minimização do sofrimento físico/existencial, (Sapeta, 2011). Para além disto, o enfermeiro deve monitorizar, avaliar e (re) avaliar os cuidados de forma a serem ajustados à pessoa.

É importante ainda, reconhecer que o fim de vida é encarado como a mais difícil e angustiante fase da existência (Rezende [et al.], 2010). Desta forma, a doença confronta o

“doente [e família] com a sua fragilidade, ameaça-o com a probabilidade de perdas significativas aos níveis físico, afectivo-relacional e sócio-profissional”, tal como menciona Gameiro (2004, p. 36).

Neste sentido a promoção do conforto na família, é um imperativo ético que envolve compromisso. Salienta Hennezel (2000, p. 49), *“não se acompanha apenas uma pessoa, acompanha-se uma pessoa e o seu ambiente, a sua família, os seus amigos, porque um tal acontecimento transforma toda a gente, e não só aquela ou aquele que vai morrer”*.

Assim, a promoção do conforto deve ser, alargado à família de forma a reconhecer a sobrecarga da difícil conjuntura, as perturbações psico-emocionais envolventes e facilitar períodos de descanso, dimensões que devem estar presentes no planeamento dos cuidados, tal como no referido dispositivo legal (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho [artigo 5º, nº 2, a) b)] (Assembleia da República, 2006).

É fundamental, que os profissionais de saúde identifiquem e avaliem as necessidades de conforto ampliando a visão de parceria e das próprias intervenções.

4.2 – Perspetiva dos Profissionais de Saúde acerca da utilização da Via Subcutânea

A presença de uma pessoa com doença crónica, progressiva e terminal em contexto hospitalar, apela a abordagens dos problemas em que todos os envolvidos tenham um propósito partilhado. Contudo, nem sempre este propósito é partilhado e a tomada de decisão é muitas vezes unidirecional.

O recurso à via subcutânea para a gestão sintomática, é algo ainda *“desconhecida por muitos profissionais de saúde e, talvez por essa razão, raramente usada apesar da sua eficácia e segurança”* (Querido e Guarda, 2010, p. 411).

Neste sentido, entende-se que o enfermeiro e nomeadamente o enfermeiro com uma especialização será aquele que *“tem um papel fulcral na mudança junto da equipa de saúde, como elemento de sensibilização para o recurso a esta técnica, através da divulgação e formação”* (Marinela, Rodrigues e Almeida, 2013, p. 24).

As autoras supracitadas (2013, p. 18) relatam que *“a utilização da via subcutânea em contexto de internamento hospitalar, exterior às unidades específicas de cuidados continuados/paliativos é escassa e está ainda rodeada de algum desconhecimento, o que impede a sua implementação. No entanto, futuramente pretende-se divulgar esta prática no*

sentido de facilitar a sua utilização, especialmente nos cuidados prestados à pessoa em fim de vida, independentemente da unidade onde se encontre internado ou na comunidade.

Para Lima e Simões (2007, p. 45) a *“subutilização da hipodermoclise faz com que seja uma técnica desvalorizada e por vezes desconhecida da maioria dos profissionais de saúde, pelo que se torna pertinente abordar este tema, incentivando a sua utilização”*, por isso urge divulgá-la e praticá-la.

“O uso de medicamentos pela via subcutânea está bem documentado em relatos de experiência em serviços de Cuidados Paliativos e em estudos clínicos que, em sua maioria, são séries de casos ou opiniões de especialistas – portanto, com baixo nível de evidência científica. Com frequência, a administração via subcutânea é off-label, ou seja, não consta nas bulas das medicações. Isso cria entraves para a prescrição e explica o fato de as informações sobre dose e diluição dos medicamentos serem escassas e, por vezes, até mesmo conflitante” (Galhardi Di [et al.], 2016, p.31).

Relativamente à administração de certos fármacos pela via SC, de acordo com a SECPAL (2013, p. 6) *“não existem recomendações claras sobre o seu uso e muito menos estudo referentes ao mesmo”*. Segundo a mesma fonte *“parece necessário investigar mais sobre certos medicamentos para a administração subcutânea como antieméticos e ansiolíticos”* (SECPAL, 2013, p. 40). Confirmam ainda, que a via SC apresenta vantagens na simplicidade da realização da técnica, na manipulação, redução de efeitos adversos e maior conforto e que pode prescindir de pessoal de saúde altamente qualificado. Salientam (SECPAL, 2013, p. 40), que *“o uso da via subcutânea para a administração de medicamentos necessita de estudos com amostra de maior tamanho, prospectivos, de uma duração maior e com objectivos mais claros sobre a efectividade e segurança da via”*. Assim sendo, surge a necessidade de reconhecer esta via alternativa para o controlo de sintomas, componente essencial no cuidado à pessoa em fim de vida.

Para Pontalti [et al.] (2012, p. 205) referem que *“outro fator importante é que nem todos os fármacos apontados para o uso subcutâneo em cuidados paliativos, embora utilizados na prática médica, estão licenciados para o emprego por tal via”*, existem poucos estudos ou guias clínicos farmacológicos que apontam para o uso da via SC nomeadamente aqueles que se referem ao uso de antibióticos.

Os autores supracitados (2012, p. 206) acrescentam que a equipa multidisciplinar

“precisa de um protocolo instituído e de conhecimento na terapia subcutânea para pacientes com cuidados paliativos. Esse protocolo

teria a finalidade de subsidiar o médico na prescrição da terapêutica medicamentosa por essa via; o enfermeiro, na realização da punção e na capacitação da equipe de enfermagem com os cuidados na monitorização da via, na educação do paciente e do familiar nesse processo; ao farmacêutico, para orientação da equipe sobre o uso correto, os efeitos adversos e as interações medicamentosas”, de forma a uniformizar conhecimentos.

“A pouca divulgação da via subcutânea (SC) em Portugal contraria a sua importância, necessidade e eficácia em situações específicas, nomeadamente em cuidados continuados e paliativos” (Marques [et al.], 2005, p. 563). O conhecimento das suas principais características é de extrema importância para os profissionais de saúde em particular médicos, enfermeiros e farmacêuticos de forma a assumir a responsabilidade dos cuidados aos doentes em fase terminal, até no momento da sua morte.

Os mesmos autores mencionam (Marques [et al.], 2005, p. 567) que em

“Portugal, dada a escassez de informação publicada, afigura-se necessário otimizar os sistemas de informação existentes, através do reforço da divulgação desta técnica ao longo da Licenciatura em Medicina e em Cursos de Pós-Graduação. Seria também interessante desenvolver estudos complementares sobre a aplicabilidade da via SC noutras áreas da Medicina”.

Um estudo efetuado por Bruno (2013, p. 6) em que procurou saber qual o conhecimento de uma equipa de enfermagem sobre a técnica, verificou que *“grande parte dos enfermeiros que responderam o questionário (71%) não conheciam a técnica”*. Isto reforça a ideia

“de que devido a pouca disponibilidade de informações em literatura, ou a disponibilidade de informações repetidas, torna a técnica pouco divulgada e, além disso, existe uma grande dificuldade para o farmacêutico e para a equipe que acompanha esse perfil de prescrição médica em proporcionar uma orientação de qualidade para que haja o manejo seguro da técnica de preparo e administração de drogas através da via subcutânea”.

Pontalti [et al.] (2012, p. 205) afirmam também: *“em todas essas situações envolvidas, pode-se observar a necessidade de um número maior de clínicos e de pesquisadores envolvidos na produção de conhecimento nessa área”.*

Deste modo, deduz-se que é primordial formação e uma informação rigorosa, de todos os envolvidos, principalmente dos profissionais de saúde que mais interagem com o doente e família.

PARTE II – FASE METODOLÓGICA

1– DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO

Nos dias de hoje, focar-nos em cuidados de saúde de qualidade exige considerar a gestão dos sintomas da pessoa em fim de vida e em contexto hospitalar como fundamental para a melhoria dos cuidados de saúde, com reflexos evidentes na promoção do conforto e do bem-estar. Assim sendo, para o controlo dos sintomas, um dos componentes essenciais em cuidados paliativos, é primordial conhecer as várias vias alternativas para esse efeito. Salienta-se, que é fundamental uma abordagem terapêutica que se foque numa perspetiva global aos numerosos problemas do doente que vive a última etapa da vida.

Twycross (2003) salienta, que o controlo dos sintomas da pessoa doente e família deve ser entendido pelos profissionais de saúde que prestam cuidados paliativos, como uma prioridade, na medida em que, o sintoma afeta o bem-estar e a qualidade de vida. Demonstra ainda, o carácter individual e subjetivo da vivência do sintoma, bem como, a interação entre os aspetos biológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais, sociais e culturais. De facto, o conceito de sintoma é multidimensional e, tal como refere Neto (2010), na origem de cada sintoma encontra-se três fases:

1ª fase – produção do sintoma: referindo-se aos aspetos somáticos do processo de doença, como a estimulação de recetores;

2ª fase – perceção: correspondendo aos aspetos de modulação, existindo diferentes respostas por parte das pessoas aos fármacos;

3ª fase – expressão: é subjetiva e individual, dependendo dos diversos fatores inerentes ao processo patológico.

Torna-se ainda importante enfatizar, que quer para a pessoa doente, quer para a família, um bom controlo de sintomas é fundamental para o seu bem-estar. Referia Saunders (2000, p. 138), que uma

“avaliação rigorosa e repetida dos sintomas dolorosos é um elemento major da recolha de informações em todos os estádios da doença. Segundo Saunders só existe alívio do sintoma se a avaliação permitir estabelecer um objetivo realista de cuidados e dar à pessoa que sofre a certeza de que tudo é utilizado para ajudar”.

Neste contexto, é importante que os profissionais de saúde integrem que a terapêutica e a via de administração dessa mesma terapêutica deve respeitar o princípio do

menor sofrimento e da maior eficácia possível. De acordo com (Neto, 2008; Ferreira e Santos, 2009; Márquez e Prado, 2010;), a via subcutânea deve ser a eleita perante a perda ou impraticabilidade da via oral. Pontalti [et al] (2012), salientam que a via subcutânea tem várias vantagens, nomeadamente: menos dolorosa, complicações raras, boa aceitação, efetividade, favorecimento da funcionalidade do doente, baixo índice de infeção e redução da flutuação das concentrações plasmáticas de opióides.

Contudo na nossa prática profissional, verificamos ainda, muita resistência dos profissionais de saúde para a utilização da via subcutânea, nomeadamente da técnica de hipodermoclise, que no nosso entender se liga com a falta de conhecimentos/formação em cuidados paliativos. Pontalti [et al] (2012), apontava como motivos médicos para a não utilização desta via a inexperiência, a falta de recursos humanos e materiais e a não-aceitação dos doentes.

Partindo destes pressupostos, surgiu a seguinte questão de investigação: *Qual a perspetiva dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar?*, com o objetivo de conhecer a perspetiva dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar, e com a finalidade de contribuir para melhoria do cuidar da pessoa em fim de vida com sintomas descontrolados utilizando a via SC.

A partir desta pergunta de investigação, resultam outras questões orientadoras “*precisas com vista a explorar os elementos estruturais, as interações e os processos que permitem descrever o fenómeno*” (Fortin, 1999, p. 42), sendo elas:

- Qual a relevância da via subcutânea/hipodermoclise na promoção do conforto na pessoa em fim de vida?
- Quais os motivos que conduzem os profissionais de saúde à utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar?
- Quais as estratégias a adotar na perspetiva dos profissionais de saúde para a utilização da via subcutânea na pessoa em fim de vida?
- Quais as necessidades/dificuldades dos profissionais de saúde na utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar?

Estas questões de investigação ajudam-nos a enquadrar o foco de nosso estudo, ou seja fazem-nos refletir o terreno que vamos deslindar. A compreensão e interpretação deste fenómeno implica:

- Identificar a relevância da via subcutânea/hipodermoclise na promoção do conforto na pessoa em fim de vida;
- Identificar os motivos que conduzem os profissionais de saúde à utilização ou não da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar;
- Identificar as estratégias a adotar na perspetiva dos profissionais de saúde para a utilização da via subcutânea na pessoa em fim de vida;
- Identificar as necessidades/dificuldades dos profissionais de saúde na utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida.

2 – OPÇÕES METODOLÓGICAS

A investigação científica, na perspectiva de Fortin (1999, p. 15), é “*um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação.*” Assim, a investigação científica permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões exatas, sendo um processo sistemático e rigoroso, em que a investigação é fundamentada, teórica, metodológica e com o objetivo de esclarecer um problema inicial.

Deste modo, o processo de investigação é composto por três fases principais (Sousa, 1998):

1. **Fase conceptual** – consiste no formular ideias de uma forma organizada e de documentá-las em torno de um assunto específico, com o intuito de obter uma conceção clara e organizada do objeto de estudo.
2. **Fase metodológica** – em que o investigador determina a forma pela qual obterá as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.
3. **Fase empírica** – na qual se executa o plano de investigação elaborado na fase anterior e onde se inclui a colheita, organização e tratamento e discussão dos dados.

Sousa (1998, p. 27) refere ainda que “*cada tipo de trabalho determina uma distinta elaboração do mesmo, numa palavra, um método diferente.*” O método é o caminho para se chegar a determinado fim. Permite situar o raciocínio no tempo e no espaço, relacionando-se com os vários fundamentos filosóficos que servem de suporte às preocupações e orientações inerentes a uma investigação. Os vários métodos agrupam-se num conceito mais amplo, a metodologia.

A metodologia surge então como uma visão concreta da operacionalização. Costa citado por Sousa (1998, p. 27) expõe que a metodologia faz “*parte da lógica que estuda os métodos das diversas ciências, segundo as leis do raciocínio.*” É também a operacionalização, sistematização e racionalização do método por processos e técnicas que o investigador utiliza para realizar uma ação na realidade.

Dado que a nossa questão de investigação procura valorizar a dimensão subjetiva de uma realidade social através da descrição, interpretação e a compreensão dessa realidade, o paradigma a utilizar no estudo será o paradigma qualitativo. Segundo Fortin

(2009, p. 31) as *“investigações qualitativas fazem parte do paradigma naturalista (ou interpretativo). Este está associado a uma concepção holística do estudo dos seres humanos, concepção saída de um certo número de crenças que orientam todo o processo”*. Streubert e Carpenter (2011, p. 22) juntam que *“a finalidade da investigação qualitativa é proporcionar uma visão da realidade que é importante para os participantes e não para os investigadores”*, sendo que a condução da pesquisa não deve adulterar o contexto natural dos fenómenos a estudar.

Segundo Aires (2011, p. 13), *“a investigação qualitativa insere-se hoje em perspectivas teóricas, por um lado diferenciadas, e por outro lado, coexistentes e recorre-se ao uso de uma variedade de técnicas de recolha de informação”*. Bogdan e Biklen (1994, p. 47) salientam que na investigação qualitativa *“a fonte direta dos dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal”*, além disso os autores supracitados (1994, p. 48) adicionam que a *“investigação qualitativa é descritiva. Os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não de números”*, quer isto dizer que um investigador qualitativo tenta estudar toda a riqueza dos dados colhidos (como notas de campo, entrevistas, fotografias, vídeos...), respeitando o quanto possível, a forma como estes são registados ou transcritos.

Fortin (2009, p. 298-299), segundo Rossman e Rallis (1998) enumera como principais características da investigação qualitativa:

- desenrola-se no meio natural dos participantes;
- uso de múltiplos métodos interativos tais como participação de todos na colheita de dados;
- as questões de investigação precisam-se à medida que o estudo avança;
- faz descrição de um indivíduo, de um meio, põe em evidência temas ou categorias na análise dos dados e extrai conclusões;
- implica que o investigador tenha um papel de observador participante e agente de investigação;
- pressupõe uma visão holística dos fenómenos sociais;
- baseia-se em princípios ou estratégias na colheita e na análise dos dados.

Torna-se pertinente referir, que de seguida fazemos referência aos aspetos que nortearam o percurso metodológico do presente estudo, tais como: tipo e contexto de estudo, participantes do estudo, instrumentos e análise da colheita de dados, assim como, as questões éticas que regularam o mesmo.

2.1 – Tipo de Estudo

Os fenómenos são únicos e não previsíveis, e o pensamento está orientado para a compreensão total do fenómeno em análise.

Para este estudo em particular, o desenho descritivo adotado foi o estudo de caso pois, é um método que se enquadra no paradigma qualitativo e proporciona densas descrições da realidade que se pretende estudar. Bogdan e Biklen (1994, p. 89) relatam que o estudo caso consiste *“na observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico”*, por isso (1994, p. 90) *“a recolha de dados e as actividades de pesquisa são canalizadas para terrenos, sujeitos, materiais, assuntos e temas. De uma fase de exploração alargada passam para uma área mais restrita de análise dos dados coligidos”*. O conhecimento alcançado a partir do estudo de caso é diferente do conhecimento gerado a partir de outras pesquisas, porque é mais concreto, mais contextualizado e mais orientado para a interpretação.

Perante a necessidade de compreender o modo como os profissionais de saúde vivem, interpretam as suas experiências na aplicação da terapia SC em contexto hospitalar e o modo como estruturam o contexto que experienciam, a escolha por esta opção metodológica pareceu-nos a mais indicada pois permite investigar a riqueza das experiências das pessoas. Assim, estudo de caso é uma estratégia de investigação que pressupõe uma atitude compreensiva e uma análise profunda de um fenómeno ligado a uma entidade social, que neste caso em específico é representada por um grupo. Na perspetiva de Yin (2003 como citado em Fortin, 2009, p. 241) *“o estudo de caso é apropriado quando se dispõe de poucos dados sobre o acontecimento ou fenómeno considerado”*, tendo por objetivo proporcionar vivência da realidade por meio da discussão, análise e tentativa de solução de um problema extraído da vida real.

2.2 – Contexto de Estudo

É fundamental conhecer todo o contexto dos intervenientes para compreender e avaliar o modo como os mesmos interagem de acordo com o fenómeno em análise.

O estudo realizou-se na área de Neurociências (especificamente nos serviços de Neurocirurgia e Neurologia internamento) de um Hospital Central de Agudos na região de Lisboa. Por razões éticas e de forma a manter a privacidade da Instituição, não será divulgado o nome da mesma. Apenas convém referir, que nos dois serviços em concreto são internados doentes que abrangem uma grande área populacional de todo o país, em particular as zonas da Grande Lisboa, Ribatejo e Alentejo.

O motivo da escolha destas unidades, deve-se ao facto de muitos dos seus doentes admitidos serem portadores de *“doenças crónicas sem resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida limitado”* (Direção Geral de Saúde, 2010, p. 8).

As unidades de Neurocirurgia e Neurologia apresentam vários doentes com necessidades de cuidados paliativos, nomeadamente do foro oncológico, com tumores da cabeça em estádios avançados e mau prognóstico, do foro neurológico com doenças neuro degenerativas altamente incapacitantes como a esclerose múltipla ou esclerose lateral amiotrófica, demências nas suas variadas extensões, acidentes cérebro vasculares com várias sequelas, concomitantemente nas diferentes faixas etárias da população. Por sua vez, os médicos e enfermeiros que nelas trabalham são constantemente confrontados com doentes em fim de vida com sintomas descontrolados, em intenso sofrimento, que necessitam de respostas e intervenções adequadas à sua situação única.

Também a Ordem dos Médicos (2013, p. 2) refere que o âmbito dos Cuidados Paliativos

“não se restringe aos doentes oncológicos e terminais – sendo que um doente paliativo não é necessariamente um doente terminal ou um doente moribundo - mas a todos aqueles que têm doenças avançadas e progressivas, como as doenças neurológicas degenerativas (...). Com esta definição abre-se a hipótese de estreita colaboração, num modelo de cuidados partilhados e que devem ser oferecidos muito antes da morte (semanas, meses, e por vezes até anos), entre os Cuidados Paliativos e especialidades médicas que seguem estes doentes desde fases mais precoces”,

o que uma vez mais justifica a pertinência da escolha do contexto do estudo.

2.3 – Participantes de Estudo

Selecionado o contexto do estudo, torna-se indispensável definir e caraterizar a população estudada, sendo esta *“um grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns”* (Fortin, 2009, p. 69).

Neste sentido, atendendo ao objetivo do estudo, determinou-se que os participantes deste estudo seriam enfermeiros e médicos a exercerem funções nos serviços de Neurocirurgia e Neurologia Internamento de um Hospital Central de Agudos da região de Lisboa. Dada a impossibilidade de estudar a população na sua totalidade, estudamos a população acessível que, por sua vez, é representativa da população alvo. Conforme realça Fortin (2009), não existe fórmulas simples para determinar o tamanho da população, no entanto, devemos ter como objetivo obter informação suficiente para compreender o fenómeno escolhido.

De forma a definir claramente os participantes do estudo foram introduzidos os seguintes **critérios de inclusão**:

- Enfermeiros ou Médicos prestadores de cuidados a desempenhar funções na área da Neurocirurgia ou Neurologia de um Hospital Central de Agudos da região de Lisboa, com tempo de exercício profissional superior ou igual a um ano;
- Participação voluntária no estudo.

Num estudo de investigação qualitativa *“o número de participantes é geralmente pequeno (6 a 10), mas pode ser maior se se estuda um fenómeno complexo ou se elabora uma teoria”* (Fortin, 2009, p. 299). A escolha dos participantes foi efetuada de forma não aleatória e tendo em conta os critérios de inclusão, participando no estudo de investigação onze profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) (tabela nº 2).

Tabela nº 2 – Caracterização do perfil dos profissionais de saúde – Médicos e Enfermeiros.

ENFERMEIROS (E) / MÉDICOS (M)	IDADE	SEXO	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM ANOS	FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS
E1	30-40 A	Feminino	8	Sim. Nível A
E2	30-40 A	Masculino	11	Sim. Nível A
E3	< 30 A	Feminino	8	Não
M4	30-40 A	Masculino	12	Não
M5	30-40 A	Feminino	2	Não
E6	< 30 A	Feminino	5	Sim. Nível A
E7	30-40 A	Feminino	11	Não
E8	< 30 A	Feminino	2	Não
E9	30-40 A	Feminino	13	Sim. Nível A
E10	< 30 A	Feminino	3	Não
E11	30-40 A	Feminino	15	Sim. Nível B

Podemos verificar, conforme demonstra a anterior tabela, nove participantes são enfermeiros e dois são médicos, maioritariamente na faixa etária entre os 30 a 40 anos, sendo que dois são elementos do sexo masculino e nove do sexo feminino. Em relação à experiência profissional seis elementos apresentam menos de dez anos de prática clínica e cinco participantes possuem mais de 10 anos de experiência profissional. No que respeita à formação em cuidados paliativos, a maioria (seis profissionais de saúde) não detém formação nesta área de cuidados, destacando-se apenas quatro enfermeiros com formação básica (nível A) e uma enfermeira com formação pós graduada (nível B) em cuidados paliativos.

2.4 – Instrumento de Recolha de Dados

Na investigação qualitativa pode ser utilizada uma diversidade de técnicas para a obtenção dos dados a analisar, por isso é fundamental selecionar os métodos mais adequados à investigação pretendida, já que são estes que nos fornecerão as informações necessárias para um estudo mais completo e enriquecedor.

A entrevista é um dos instrumentos mais empregados na pesquisa qualitativa. De acordo com Bogdan e Biklen (1994, p. 134) “a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito”, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os entrevistados interpretam aspetos relacionados com determinados fenómenos.

No nosso estudo de investigação foi utilizada a entrevista semiestruturada, sendo esta utilizada quando o investigador quer compreender ou conhecer o significado de um acontecimento ou fenómeno vivido pelos participantes. Neste caso, o investigador determina uma lista de temas a abordar, fórmula questões relativas aos temas e apresenta-os ao participante (Fortin, 2009). Para Streubert e Carpenter (2011, p. 36) na entrevista semiestruturada (ou semipadronizada) “*apesar de existirem perguntas orientadoras, a oportunidade de contar a história está inerente ao formato*”, pois também permite o contato direto do investigador com o entrevistado e a utilização de questões abertas e fechadas, o que possibilita a exploração da temática sem se distanciar da mesma, apesar de continuar a dar oportunidade ao participante falar livremente e à vontade dos seus pontos de vista.

A seleção da entrevista semiestruturada depreendeu-se pelo facto de se pretender conhecer e compreender a perspetiva dos enfermeiros e médicos em contexto clínico como controlam os sintomas da pessoa em fim de vida e se na sua prática diária usam a via subcutânea para esse efeito, tendo sido designados os temas a abordar e formuladas questões simples e mais complexas relacionadas com a matéria em estudo. Deste modo, foi construído um guião de entrevista semiestruturada com o intuito de atingirmos os objetivos propostos para o estudo (apêndice A) e no sentido de avaliar a aplicabilidade e eficácia do nosso instrumento de colheita de dados junto dos participantes, inicialmente procedeu-se à realização das entrevistas a três participantes que não fizeram parte do estudo, de forma a testar a clareza e validade das questões previamente organizadas (pré teste).

O processo de recolha de dados através da aplicação das entrevistas semiestruturadas decorreu entre os meses de Março e Abril de 2018, no serviço de cada um dos intervenientes, tendo permitido aos mesmos um ambiente cómodo e familiar. Foram realizadas onze entrevistas, e desde a fase inicial foi atribuído um código a cada uma, de forma a não reconhecer a identidade do participante. Efetuaram-se entrevistas até não se encontrar dados novos e que acrescentassem valor à informação. Para a gravação das mesmas, procedeu-se à utilização de um gravador, colocado num local discreto de forma a criar uma atmosfera para os entrevistados se sentirem à vontade para exporem as suas opiniões e com a conhecimento e autorização dos mesmos.

Posteriormente seguiu-se um período de transcrição, organização e análise dos dados, existindo a preocupação com o rigor, exatidão, a fidelidade e autenticidade dos dados relatados pelos participantes.

2.5 – Procedimento de Tratamento de Dados

A análise de dados na investigação qualitativa começa em simultâneo com a colheita de dados. À medida que o investigador recolhe a informação necessita de fazer ou apresentar descrições dos seus achados (Streubert e Carpenter, 2011). Assim, a análise de dados define-se *“como uma fase integrada no processo de investigação, presente de cada vez que o investigador se remete a um período de colheita de dados e em que ele deve situar-se em relação ao que já emergiu dos dados”* (Fortin, 1999, p. 306).

Bogdan e Biklen (1994, p. 149) mencionam que os *“dados incluem materiais que os investigadores registam activamente, tais como transcrição de entrevistas e notas de campo referentes a observações participantes”*. Ou seja os *“dados incluem os elementos necessários para pensar de forma adequada e profunda acerca dos aspectos da vida que pretendemos explorar”*.

O tratamento e análise dos dados foram realizados com recurso ao método de análise de conteúdo que *“enquanto esforço de interpretação, (...) oscila entre dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade”* (Bardin, 1991, p. 9), quer isto dizer que a análise de conteúdo aparece como *“um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (...) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (...) destas mensagens”* (Bardin, 1991, p. 42). Deste modo, a análise de conteúdo é hoje uma das técnicas mais utilizadas na produção de investigação qualitativa na área das ciências humanas e sociais, que permite revelar as estruturas e elementos do conteúdo, analisando minuciosamente todas as palavras e frases que o compõem, procurando o seu sentido e intenções, reconhecendo, comparando, avaliando e seleccionando-o para clarificar as suas diferentes características e atribuir ou extrair o seu significado.

No caso em específico, após a transcrição da totalidade das entrevistas efetuou-se uma pré análise através de uma leitura superficial para estabelecer uma aproximação dos dados. Posteriormente procedeu-se à exploração do material com uma leitura mais aprofundada, onde através da comparação dos dados construíram as áreas temáticas e procederam à codificação da informação em bruto (conteúdo) com a atribuição de categorias. *“Um sistema de categorias é válido se puder ser aplicado com precisão ao conjunto da informação e se for produtivo no plano das inferências”* (Bardin, 1991, p. 55).

À medida que a leitura foi sendo feita tentou-se determinar unidades de análise, e consequentemente, iniciou-se uma lista preliminar de categorias de codificação segundo áreas temáticas. As unidades de análise referem-se a palavras, enxertos de transcrições “puras” das entrevistas que correspondem à categoria de codificação.

Após a construção das categorias surgiram também aspetos mais objetivos e relacionados com as próprias unidades de análise, às quais designou-se de subcategorias. De salientar, que a codificação dos dados sofreu sucessivas modificações e correções até à sua elaboração definitiva.

No final desta etapa, segue-se a apresentação dos dados, que para facilitar a sua interpretação foi elaborada uma grelha (apêndice C), organizado por áreas temáticas que incluem as categorias, subcategorias e as respetivas unidades de análise, reunindo tudo aquilo que se considera lógico e adequado à problemática em estudo. Todos os segmentos de texto transcritos na unidade de análise encontram-se codificados por “E” de entrevista e um número da entrevista correspondente.

Os resultados são apresentados por norma, de acordo com a ordem dada às questões da entrevista.

2.6 – Questões Éticas

Qualquer trabalho de investigação que envolva pessoas deve estar munido de preocupações éticas. Bogdan e Biklen (1994, p. 75) salientam que em investigação “*a ética consiste nas normas relativas aos procedimentos considerados corretos e incorretos por determinado grupo*”. No que se refere à investigação com pessoas, Fortin (2009, p. 186) relata que os princípios éticos devem basear-se no

“respeito pelo consentimento livre e esclarecido; o respeito pelos grupos vulneráveis; o respeito pela via privada e pela confidencialidade das informações pessoais; o respeito pela justiça e equidade; o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens”.

Streubert e Carpenter (2011) corroboram e mencionam que é da responsabilidade do investigador que os participantes não sejam em momento nenhum prejudicados (princípio de não maleficência) e que a sua confidencialidade e anonimato sejam respeitados e tratados com dignidade (princípio da beneficência e justiça). O investigador

também deve adquirir o consentimento livre e informado e a participação voluntária dos sujeitos no estudo (princípio da autonomia).

Além destas questões éticas, um estudo qualitativo deve assegurar rigor científico para que os resultados da investigação sejam fiáveis. Este rigor obedece a critérios de credibilidade, de fiabilidade, de transferibilidade e de confirmação (Fortin, 2009).

Para a execução do projeto de investigação, realizou-se os seguintes procedimentos:

- Pedido de autorização para a efetivação do projeto de investigação de Mestrado em Cuidados Paliativos, dirigido ao Conselho de Administração do Hospital Central de Agudos da região de Lisboa, o qual obteve-se um parecer favorável (anexo A).
- Consentimento Informado, dirigido aos participantes tendo sido esclarecidos os seus direitos de participação ou não no estudo, de forma a dar garantia que a informação que o participante dará não será publicamente relatada de modo a identifica-lo nem outras pessoas não terão acesso – confidencialidade (anexo B).

No final do estudo, os resultados serão disponibilizados junto da instituição envolvida caso assim o considerem apropriado.

PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

No presente capítulo proceder-se-á à apresentação e análise dos dados, obtidos através da análise de conteúdo das onze entrevistas realizadas aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) de uma unidade de Neurociências de um hospital central da área da grande Lisboa.

Deste modo, procuramos através da análise das entrevistas efetuadas atribuir significados e agrupar a informação obtida, no qual surgiram dez áreas temáticas conforme demonstra o quadro nº 1. Este procedimento de análise dos achados permitiu reconhecer um conjunto de áreas temáticas, consequentemente **categorias** e subcategorias que possibilita o entendimento da perspetiva dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar.

Importa referir, que os achados obtidos refletem vivências pessoais e fenómenos interpretativos de cada participante, facilitando assim a construção de um corpo de conhecimentos. Para isso, recorremos ao uso de texto descritivo, com a apresentação de citações de alguns excertos mais representativos das entrevistas e realização de diagramas de síntese para facilitar uma melhor interpretação.

Quadro nº 1 – Áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes das entrevistas realizadas aos profissionais de saúde, relativas à perspetiva dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
1. Perspetiva dos profissionais de saúde acerca do conceito de gestão de sintomas na pessoa em fim de vida	Visão Holística	
	Processo avaliativo	
	Intervenção ajustado às necessidades	
	Respeito pelas vontades do doente e família	
	Aplicação de um conjunto de instrumentos	• Qualidade de vida
		• Conforto
		• Morte digna
		• Alívio do sofrimento
		• Alívio de sintomas
	Tomada de decisão concertada	
	Acompanhamento durante o processo de doença	• Apoio à família • Apoio psicológico e espiritual

2. Estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde na gestão de sintomas na pessoa em fim de vida	Relatos do doente e família	
	Aplicação de escalas de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Escalas analógicas da dor • Observação
	Aplicação de medidas farmacológicas	
		<ul style="list-style-type: none"> • Controlo da dor • Controlo de sintomas respiratórios • Alimentação e hidratação
		<ul style="list-style-type: none"> • Massagem • Toque • Comunicação/interação • Escuta
	Aplicação de medidas não farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamentos antiálgicos e de conforto • Outros: aromaterapia e apoio psicológico • Relação de ajuda/ Relação empática
	Monitorização/reavaliação	
	Recurso ao trabalho em equipa	<ul style="list-style-type: none"> • Equipa multidisciplinar • Família parte dos cuidados • Colaboração com equipas de cuidados paliativos
3. Dificuldades dos profissionais de saúde na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida	Imperícias dos doentes/famíliares na verbalização de sentimentos/emoções	
	Não adesão terapêutica dos doentes	
	Não-aceitação do diagnóstico pelo doente/família	
	Défice de formação	<ul style="list-style-type: none"> • Imperícias na prescrição farmacológica
	Falta de sensibilidade dos profissionais de saúde para os cuidados paliativos	
	Défice de comunicação na equipa multidisciplinar	
	Modelos essencialmente biomédicos	
	Défice de implicação das Instituições de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Défice de protocolos • Défice de recursos humanos • Défice de apoios sociais ao doente e família
	Incapacidade de lidar com o fim de vida	
4. Necessidades dos profissionais de saúde na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida	Maior articulação da Equipa Médica com a EIHSCP	
	Mais trabalho de equipa	
5. Sintomas mais frequentes na pessoa em fim de vida na perspetiva dos profissionais de saúde	Respiratórios	
	Álgicos	<ul style="list-style-type: none"> • Dor • Temperatura
	Gastrointestinais	
	Cognitivos	
	Psico/Emocional	
	Integridade cutânea	
	Orgânicos	

6. Situações para a utilização da via subcutânea na gestão de sintomas na perspetiva dos profissionais de saúde	Sedação	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo da dor • Paliativa
	Analgesia	
	Hidratação	
	Alternativa a outras vias	
7. Relevância da via subcutânea/hipodermoclise na promoção do conforto na pessoa em fim de vida	Menos dolorosa	
	Maior conforto	
	Eficaz na sedação prolongada	
	Segura	
	Requer pouca intervenção dos profissionais de saúde	
	Possibilita a prevenção da desidratação	
	Permite um efeito sustentado da terapêutica utilizada	
	Não requer internamento hospitalar	
	Via alternativa	<ul style="list-style-type: none"> • Alternativa à via endovenosa • Alternativa à via oral
	Necessidades de grandes doses de medicação	
	Promoção da qualidade de vida	
	Facilita o controlo sintomático	
	Económico	
8. Estratégias a adotar na perspetiva dos profissionais de saúde para a utilização da via subcutânea na pessoa em fim de vida	Formação dos profissionais de saúde	
	Implicação das Instituições de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de protocolos • Promoção da formação contínua
	Treino de habilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Mais recursos materiais • Habilidades técnicas • Mudança de atitudes • Partilha de experiências na equipa
	Maior formação nas escolas	
9. Constrangimentos na utilização da técnica de hipodermoclise	Alterações generalizadas da integridade cutânea	
	Alterações comportamentais	
	Falta de formação dos profissionais de saúde	
	Indisponibilidade de vários fármacos	
10. Sugestões dos profissionais de saúde para uma maior utilização da via subcutânea	Formação em cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento teórico • Conhecimento prático
	Divulgação da utilização da via subcutânea	
	Aumento dos recursos económicos para os enfermeiros	
	Avaliação de necessidades	
	Perder receios	

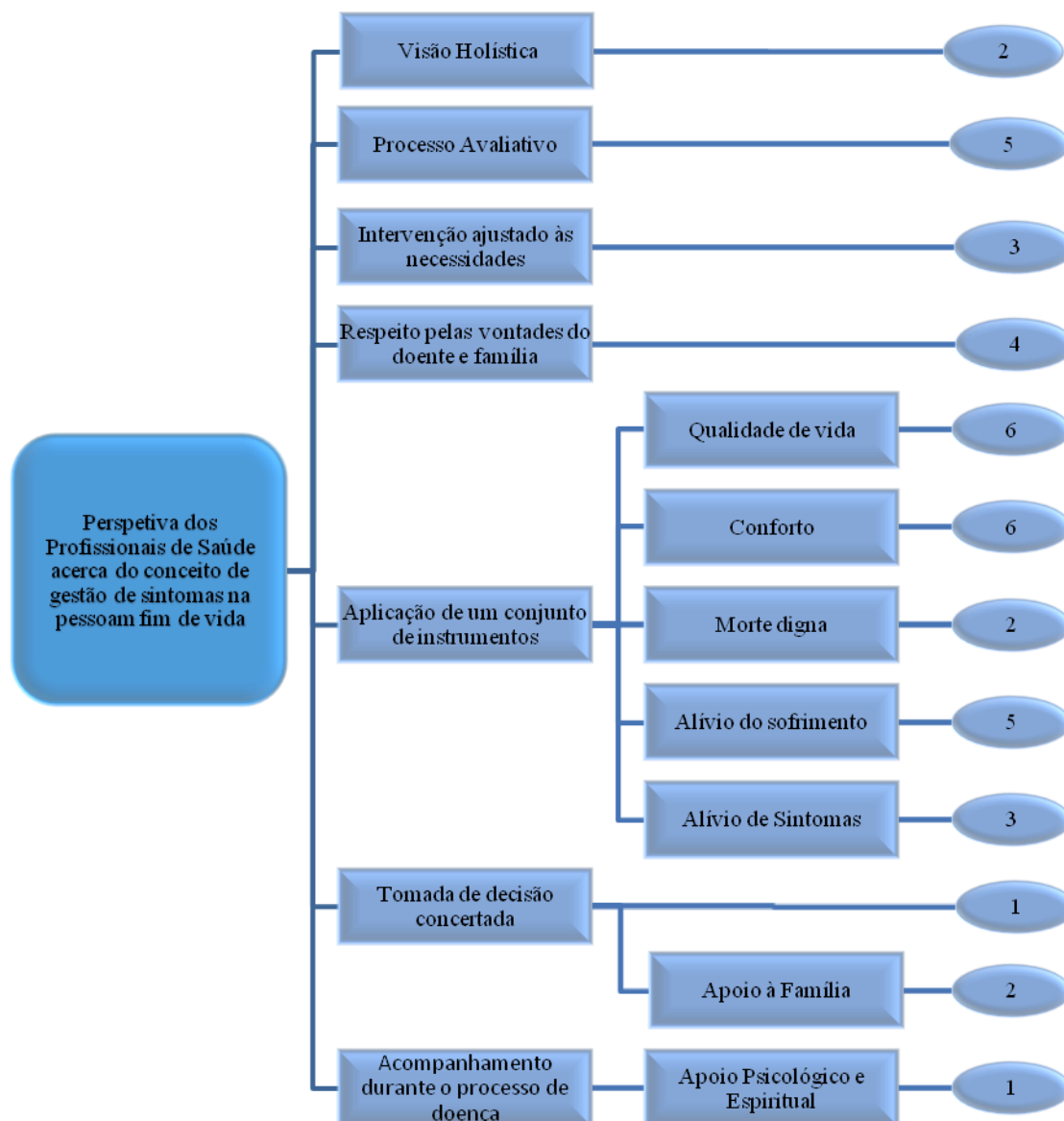
1.1 – Perspetiva dos profissionais de saúde acerca do conceito de gestão de sintomas na pessoa em fim de vida

A conquista de um cuidado centrado na pessoa e não na doença exige uma preocupação com a condição de ser pessoa que lhe garanta um viver com dignidade até ao fim. Para tal, compreender esta natureza torna-se necessário situar a pessoa em fim de vida como interesse máximo, com valores, preferências e com autonomia para a tomada de decisões. Pacheco (2004, p. 52), refere que o doente se encontra em fim de vida, quando se verificam algum dos seguintes princípios: *“existência de uma doença crónica ou incurável de evolução progressiva, a ineficácia comprovada dos tratamentos, a esperança de vida relativamente curta e a perda da esperança de cura”*.

Deste modo, cuidar da pessoa no fim de vida alude a uma assistência norteada por padrões de qualidade, no tempo que lhe resta, contrapondo-se assim ao modelo da medicina tradicional, caracterizado pela divisão da pessoa e por originar uma morte medicamente controlada pelo saber técnico (Cerqueira, 2010).

Pela análise e tratamento da informação dos discursos relativos a esta área temática, surgiram 7 categorias que demonstram o conceito dos profissionais de saúde de gestão de sintomas na pessoa em fim de vida, sendo elas: **visão holística; processo avaliativo; intervenção ajustado às necessidades; respeito pelas vontades do doente e família; aplicação de um conjunto de instrumentos** (subcategorias: qualidade de vida, conforto, morte digna, alívio do sofrimento, alívio dos sintomas), **tomada de decisão concertada** (subcategorias: apoio à família); **acompanhamento durante o processo de doença** tendo como subcategoria o apoio psicológico e espiritual, como podemos conferir através do diagrama nº 1.

Diagrama nº 1 – Conceito dos profissionais de saúde acerca da gestão de sintomas na pessoa em fim de vida



A **aplicação de um conjunto de instrumentos** é a categoria em que os profissionais de saúde dão maior ênfase na perceção de gestão de sintomas em fim de vida, surgindo aqui 5 subcategorias, sendo elas:

Qualidade de vida (com 6 achados).

“(…) é proporcionar um conjunto de instrumentos que melhorem a qualidade de vida (…)” E2;

“(…) que têm um intuito de promover a qualidade de vida da pessoa (…)” E6;

“(...) para traçar um conjunto de estratégias que vão melhorar a qualidade de vida daquela pessoa (...)” E8;

Conforto (igualmente com 6 relatos).

“Posso entender, que seja minimizar o desconforto da pessoa utilizando todos os métodos possíveis (...)” E4;

“No fim de vida penso que é importante promover medidas de conforto (...)” E5;

“(...) Não tenho muita experiência nesta área mas penso que estes sintomas podem ser atenuados ou eliminados, pelo menos na sua maioria, através de medidas de conforto (...)”; “(...). A verdade é que a pessoa pode ter pouco tempo de vida mas este deve ser vivido da forma mais confortável possível (...)” E8;

Alívio do sofrimento (apresenta 5 achados).

“(...) deve ser eficaz no alívio do sofrimento (...)” E2;

“(...) ser um conjunto de ações que visam reduzir o sofrimento da pessoa em fim de vida (...)” E3;

“(...) para evitar o menor sofrimento possível. Isto nem sempre é fácil... (...)” E4;

Alívio de Sintomas (com 3 achados).

“(...) aliviar tanto sintomas físicos como psicológicos (...)” E7;

“(...) mas penso que estes sintomas podem ser atenuados ou eliminados, pelo menos na sua maioria (...) e medicação. (...)” E8;

“(...) nomeadamente tentando diminuir o grau de dor física mas também tentar diminuir a dor psíquica, e esta é mais difícil de tratar porque nem sempre consegue-se reconhecer as necessidades interiores do doente.” E7;

Morte digna (relatada por 2 participantes).

“(...) é proporcionar um conjunto de instrumentos (...) e permitam a pessoa morrer com dignidade. (...)” E2;

“(...) nos últimos dias permite a pessoa morrer com a dignidade que lhe é devida (...)” E3;

A categoria **processo avaliativo** é revelada por 5 profissionais de saúde.

“(...) processo que envolve a avaliação (...) aplicação desse plano e consequente reavaliação (...)” E1;

“(...) possam avaliar e satisfazer as suas necessidades básicas (...)” E5;

“(...) Para gerir os sintomas na pessoa em fim de vida é necessário uma identificação destes por parte dos profissionais e, (...)” E8;

No que concerne à categoria **respeito pelas vontades do doente e família** foram relatadas por 4 participantes.

“(...) a vontade do doente e da sua família em todo o processo (...)uma vez que devem ser parte integrante no mesmo (...)” E1;

“(...) Contribuir para que esta se sinta melhor, para que as suas aspirações sejam alcançadas (...)” E10;

“(...) de acordo com o que o utente deseja (...)” E11;

Também a categoria **intervenção ajustado às necessidades** foi mencionada por 3 profissionais de saúde.

“(...) elaboração de um plano de intervenção de acordo com os problemas encontrados (...) aplicação do plano (...) (...) e consequente reavaliação (...)” E1;

“(...) e satisfazendo as suas principais necessidades. Inicialmente é necessário identificar todos os problemas e sintomas e posteriormente deve-se tentar minimiza-los de forma rápida e eficaz (...)”; “(...) Cada caso é um caso, e devem ser aplicados tratamento específicos para cada um. (...)” E4;

“(...) e satisfazer as suas necessidades básicas (...)” E5;

Relativamente à categoria de **visão holística** é referida por 2 profissionais de saúde, como se verifica nos discursos.

“(...) Gerir sintomas na pessoa em fim de vida é olhar a pessoa como um todo (...)” E7;

“Gerir sintomas em final de vida é olhar para a pessoa na sua multidimensionalidade (...)” E9;

Três enfermeiros destacam que gerir sintomas em fim de vida, é uma **tomada concertada de decisão**, aparecendo a subcategoria apoio à família com 2 achados.

“(...) A pessoa em fim de vida é aquela que sabemos, devido à sua patologia, irá falecer em breve. O estado de saúde desta pessoa fica cada vez mais deteriorado à medida que o tempo passa e, conseqüentemente a mesma passa a experienciar sintomas que sinalizam a aproximação da morte. Na minha opinião deve existir uma gestão destes sintomas por parte da equipa de saúde em conjunto com o doente e família, quando tal é possível (...)”;
“(...)posteriormente uma discussão entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar (...)” E8;

“(...) é importante desenvolver um adequado acompanhamento familiar e apoio social, nomeadamente oferecer os recursos materiais e humanos que o sistema de saúde têm ao dispor, apesar destes ainda serem insuficientes.” E5;

*“(...) Ajudar a pessoa é ajudar também os familiares uma vez que é uma fase marcada por uma montanha de sentimentos e duvidas tanto para o doente como para a família (...)”*E10;

A última categoria **acompanhamento durante o processo de doença** com a subcategoria apoio psicológico e espiritual, foi relatada por um profissional de saúde.

“(...) por isso nesta fase é tão importante o apoio psicológico e espiritual.” E10;

Perante os relatos, verificamos que na gestão de sintomas na pessoa fim de vida os profissionais de saúde valorizam aspetos basilares como qualidade de vida, bem-estar e conforto, controlo de sintomas, alívio de sofrimento, respeito pelas vontades do doente e família, intervenções especializadas às necessidades do doente. Enfatizam o facto de ser importante uma adequada avaliação de sintomas para necessidades individuais, enaltecendo os cuidados holísticos.

Não menos importante, 3 profissionais de saúde sublinharam o quanto é indispensável uma tomada de decisão concertada com os profissionais de saúde-doente-família, denominado a unidade de cuidado.

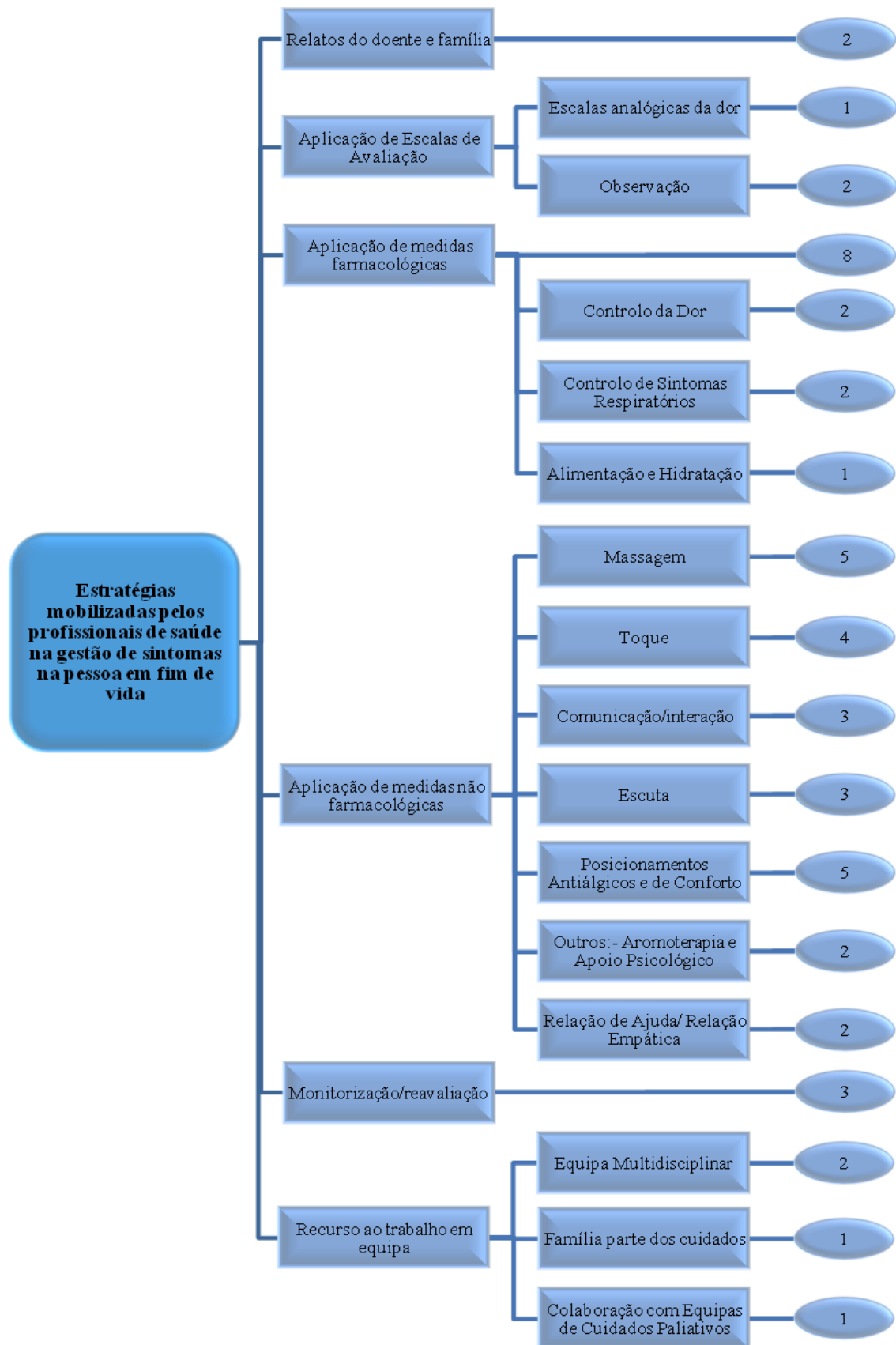
1.2 – Estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde na gestão de sintomas na pessoa em fim de vida

Apesar das recomendações existentes para uma eficaz gestão de sintomas, é necessário que os profissionais de saúde estejam motivados e tenham conhecimentos

atualizados de forma a mobilizar estratégias e medidas que possibilitem intervenções especializadas.

Neste sentido, quisemos conhecer quais são as estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde na gestão de sintomas na pessoa em fim de vida, onde emergiram 6 categorias, que passamos a apresentar: **relatos do doente e família; aplicação de escalas de avaliação; aplicação de medidas farmacológicas; aplicação de medidas não farmacológicas; monitorização/reavaliação e recurso ao trabalho em equipa** (diagrama nº 2).

Diagrama nº 2 – Estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde na gestão de sintomas



Da análise dos dados, obtivemos diferentes situações em que os profissionais de saúde consideram como principais estratégias na gestão de sintomas **a aplicação de medidas farmacológicas**, descrita por 9 participantes. Dessas respostas, sobressaíram 3 subcategorias, sendo elas:

Controlo da dor com 2 relatos.

“(...) No entanto, a principal medida de conforto e transversal a várias situações, é o controlo da dor, nomeadamente através da prescrição de uma analgesia adequada (...)” E5;

“(...) Na gestão das intervenções dolorosas maioritariamente recorro à analgesia, o que nem sempre está prescrita (...)” E6;

Controlo de sintomas respiratórios também com 2 achados.

“Depende em muito da sintomatologia apresentada pelo utente, por exemplo se está com dificuldade respiratória (...) ou colocação de oxigénio (...)” E5;

“(...) a avaliação da necessidade de oxigénio e a aspiração de secreções sempre que necessário que, apesar de causar desconforto no momento da realização, melhora a respiração (...)”; *“(...) As intervenções interdependentes passam no geral por discutir com a equipa médica a necessidade de administração de oxigénio (...)”* E8;

Alimentação e hidratação apenas com uma resposta.

“(...) a avaliação da necessidade de alimentação ou não (no caso de estase) (...)”; *“(...) e procurar alternativas como a administração de fluidos por via parentérica (...)”*; *“(...) fluidos por via parentérica (...)”* E8;

A categoria **aplicação de medidas não farmacológicas**, foi a mais evidente onde emergiram 7 subcategorias. Com 5 achados surgiu subcategoria a massagem.

“(...) ou massagens... Acho que uma boa massagem, por vezes faz milagres (risos...) porque ficamos muito mais relaxados (...)” E2;

“(...) e a massagem caso o doente o consinta, isto como medidas não farmacológicas (...)” E6;

“(...) por exemplo nos cuidados de higiene posso fazer-lhe uma massagem (...)” E7;

Os posicionamentos antiálgicos e de conforto, também foram proferidos com 5 respostas.

“(...) posso recomendar medidas simples como o elevar a cabeceira (...)” E5;

“(...) e promoção de posicionamentos antiálgicos e confortáveis para o utente (...)” E5;

“(...) No que diz respeito às autónomas quero assinalar os posicionamentos que podem promover uma melhor respiração, diminuição da dor, de possíveis zonas de pressão que no geral iriam aumentar o desconforto e do edema (...)” E8;

A subcategoria o toque foi sublinhada com 4 respostas.

“(...) e o toque são importantes para ajudar a atenuar os sinais e sintomas (...)” E3;

“(...) desenvolver o toque (...)” E6;

“(...) e tocando-lhe para promover o bem-estar (...)” E8;

As subcategorias comunicação/interação e a escuta apresentaram 3 respostas. Por último, a aromaterapia e o apoio psicológico e a relação de ajuda/relação empática com duas respostas cada.

De facto, esta categoria é bastante extensa, o que significa que há uma oferta imensa de possibilidades de estratégias não farmacológicas que poderiam ser aplicadas para apoio do controlo sintomático e de acordo com as preferências e necessidades do doente.

A categoria **recurso ao trabalho de equipa**, também se distingue com 3 subcategorias, sendo elas:

Equipa multidisciplinar com 2 respostas.

“(...) proporcionar o que está ao meu alcance através da equipa multidisciplinar (...)” E3;

“(...) As mesmas podem ser autónomas ou interdependentes (...)” E8;

Família parte dos cuidados e colaboração com equipas de cuidados paliativos, ambas com uma resposta respetivamente.

“(...) Acho fundamental envolver a família em todo o processo, porque o doente vai sentir-se mais acompanhado e amado, até pode ajudar a minimizar sintomas psicológicos como a tristeza ou ansiedade.” E6;

“(...) Como não é uma área que eu domine muito ou pode-se dizer, quase nada... Peço logo que possível colaboração da equipa intra hospitalar de Cuidados Paliativos (...)”;

“(...) No entanto, existe no hospital uma equipa de Cuidados Paliativos muito capacitada para prescrever e utilizar esta técnica sempre que necessário.” E4;

Surgiu também a categoria **monitorização/reavaliação** com 3 achados.

“(...) e avaliando as reais necessidades do doente.” E4;

“(...) Estas atitudes terapêuticas deveriam ser monitorizadas e reavaliadas periodicamente o que nem sempre é possível dado o ritmo de trabalho” E5;

“(...) e a perceção e enquadramento das necessidades das pessoas na realidade de modo a concretiza-las, dentro das nossas possibilidades (...)” E10;

A categoria **aplicação de escalas de avaliação** apresentou 2 subcategorias: Observação com 2 respostas.

“(...) a observação (...)” E1;

“As estratégias que utilizo vão, obviamente, de encontro aos sintomas que aquela pessoa em específico se encontra a experienciar. As mesmas podem ser autónomas ou interdependentes (...)” E8;

Escalas analógicas da dor com 1 resposta.

“(...) aplicação de escalas de avaliação, como no caso da dor (...)” E1;

A categoria **relatos do doente e família** foi distinguida por 2 profissionais de saúde.

“(...) recurso ao relato do doente e família (...)” E1;

“(...) e o encorajamento da família/amigos a estar junto da pessoa, conversando com ela (...)” E8;

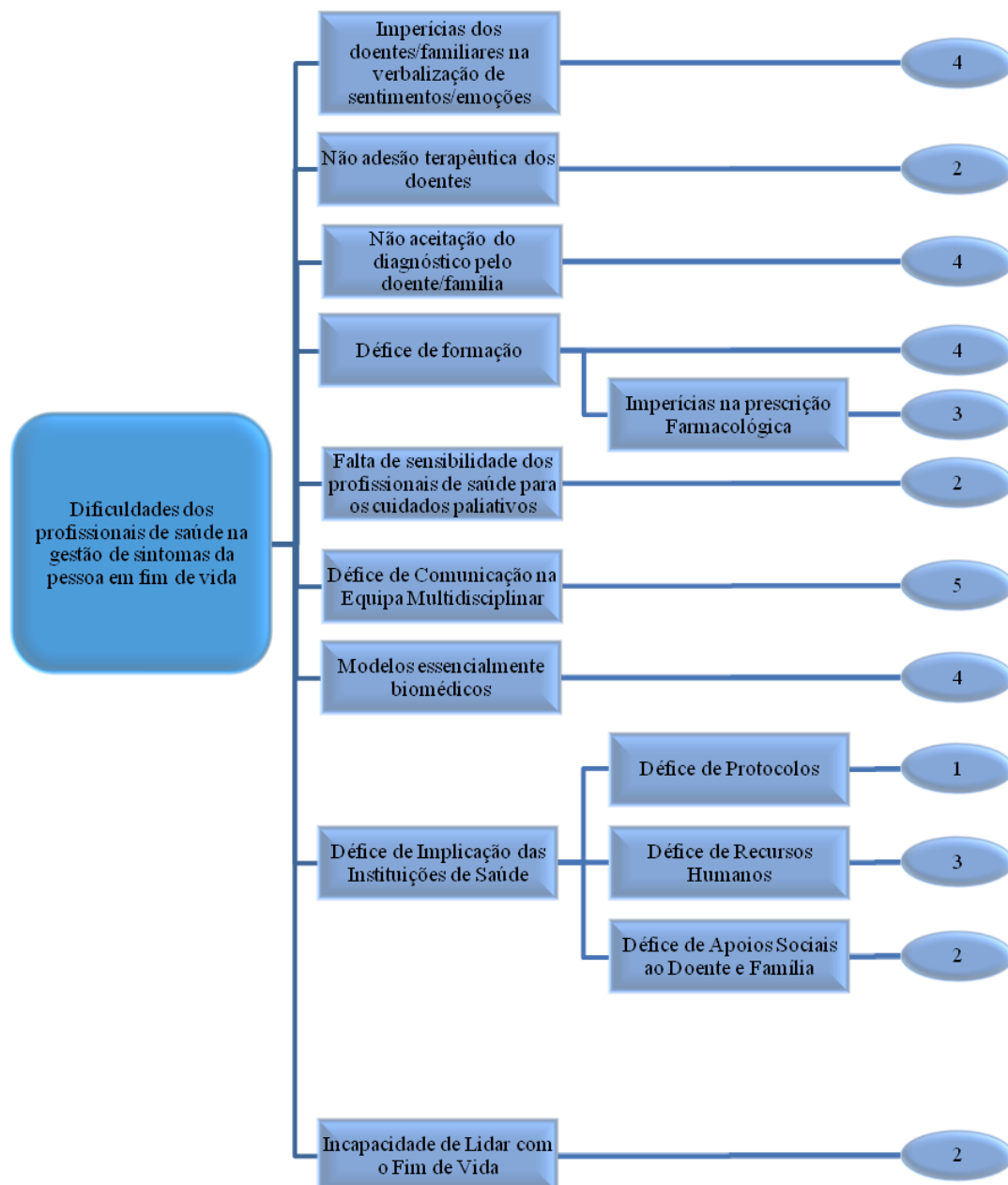
Conferimos, que a aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas e a dinamização do trabalho em equipa são das principais estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para melhorar a gestão de sintomas da pessoa em fim de vida.

1.3 – Dificuldades dos profissionais de saúde na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida

Diariamente os profissionais de saúde deparam-se com dificuldades e entraves de carácter técnico, metodológico e do conhecimento para uma máxima gestão de sintomas da pessoa em fim de vida.

Nesta área temática sobressaíram 9 categorias (diagrama nº 3), entre elas as: **imperícias dos doentes/familiares na verbalização de sentimentos/emoções; não adesão terapêutica dos doentes; não-aceitação do diagnóstico pelo doente/família; défice de formação; falta de sensibilidade dos profissionais de saúde para os cuidados paliativos; défice de comunicação na equipa multidisciplinar; modelos essencialmente biomédicos; défice de implicação das instituições de saúde e incapacidade de lidar com o fim de vida.**

Diagrama nº 3 – Dificuldades dos profissionais de saúde na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida



Efetivamente, o **défi ce de formação** foi a categoria destacada como sendo o maior e mais relevante impedimento para uma boa gestão de sintomas, com 7 respostas.

“(…) falta de conhecimentos (…) falta de formação dos profissionais (…)” E1;

“(…) falta de formação são as principais (…)” E2;

“(…) e por falta conhecimentos dos outros profissionais (…)” E11;

Desta categoria destacou-se a subcategoria: imperícias na prescrição farmacológica, com 3 respostas.

“A dificuldade ainda notória é na prescrição de alguns opiáceos, saber principalmente que dosagens devem ser prescritas e que opiáceo deve ser usado (...)” E4;

“(...) A maioria das vezes os doentes não têm medicação analgésica adequada ao seu grau de dor e por vezes nem se quer está prescrita... Há doentes que se queixam de dor grau 8 e têm simplesmente paracetamol prescrito. Seria importante a equipa médica ouvir as queixas dos doentes (...)” E7;

“(...) Estaria a mentir se dissesse que nunca aconteceu haver um doente em fim de vida claramente desconfortável que não está bem medicado e, portanto está em sofrimento (...)” E8;

Na categoria **défice de implicação das instituições de saúde**, distinguiu-se 3 subcategorias, sendo elas:

Défice de recursos humanos, com 3 respostas.

“(...) a falta de recursos (...)” E1;

“(...) Uma delas é a falta de tempo para avaliar corretamente a sintomatologia que o utente manifesta, deveríamos estar mais tempo com os nossos utentes o que raramente acontece... (...)” E5;

“(...) Infelizmente por vezes por ter muitas tarefas e pouco tempo, não é possível dispensar o tempo adequado à pessoa para a ajudar nesta gestão (...)” E10;

Défice de apoios sociais ao doente e família, com 2 respostas.

“(...)Também, a falta de apoio social por parte dos serviços de saúde e até falta de apoio familiar pode dificultar e exacerbar o controlo sintomático, quer isto dizer que por vezes temos internado um utente em fim de vida semanas e até meses sem obter resposta adequada dos serviços de saúde de retaguarda para estes casos nomeadamente as unidades de cuidados paliativos e continuados, e que por mais cruel que possa parecer há famílias que “depositam” os seus familiares no hospital e depois não se preocupam com eles, nem com uma simples visita, sendo geradora de muita angústia e sofrimento. (...)” E5;

“(...) e desconhecem os recursos que podem ser oferecidos para minorar o sofrimento. ” E9;

Défice de protocolos, com uma resposta.

“(...) instituições na criação de planos de intervenção ou protocolos (...)” E1;

Cinco entrevistados, referiram o **défice de comunicação na equipa multidisciplinar** como outra dificuldade na gestão de sintomas.

“(...) Seria importante a equipa médica (...) e valorizar a informação que os enfermeiros lhes transmitem para prescrever um tratamento ajustado aos verdadeiros sintomas do doente.” E7;

“(...) Na minha opinião nem sempre existe uma coesão entre a equipa multidisciplinar e falo efetivamente na relação entre enfermeiros e médicos. Nunca trabalhei noutra local portanto não sei se tudo se processa da mesma forma, penso que não. Considero que nem sempre a situação da pessoa em fim de vida é discutida entre os profissionais que acompanham o doente. Vou ser objetiva: o enfermeiro é quem passa mais tempo junto do doente e conhece melhor os sintomas que está a experienciar portanto, para mim faz sentido que o enfermeiro e o médico em conjunto avaliem o doente e discutam o que tem de ser implementado para diminuir o desconforto do mesmo (...)”; “(...) Não digo que a culpa seja dos médicos ou dos enfermeiros, o importante não é encontrar culpados, é encontrar uma estratégia que promova a comunicação dos profissionais em prol do doente (...)” E8;

“(...) O fato de se trabalhar em equipa quando não partilhamos os mesmos conhecimentos é difícil concretizar uma adequada gestão dos sintomas (...)”; “(...) Não é muito usada por dificuldade em trabalhar em equipa (...)” E11;

A utilização por parte dos profissionais de saúde de **modelos essencialmente biomédicos** também pode criar muitas dificuldades, sendo esta categoria proferida por 4 entrevistados.

“(...) preocupamo-nos mais no tratamento das patologias e na cura. (...)” E2;

“(...) as decisões tomadas não vão ao encontro ao tal “fim de vida” digno, e algumas não são compatíveis com o que se pretende, ainda se hesita muito em se decidir pelos cuidados paliativos.” E3;

“(...) e por isso continua a investir no doente com técnicas invasivas e a prolongar a vida num atroz sofrimento.” E6;

Com 4 respostas também, originou-se a categoria **imperícias dos doentes/familiares na verbalização de sentimentos/emoções**.

“(...) incapacidade de alguns doentes em verbalizar o que sentem (...)” E1;

“(...) não temos claro o que a pessoa pretende, quais são os seus desejos (...)” E3;

“(...) Nem sempre é fácil, porque determinadas vezes não conseguimos compreender as necessidades do utente, ele por vezes também prefere não exteriorizar o que sente... (...)” E11;

Também, com 4 respostas surgiu a categoria **não-aceitação do diagnóstico pelo doente/família.**

“(...) nem sempre é fácil aceitar que um ciclo pode estar no fim, tanto para o doente, como para a família (...)” E6;

“(...) e com quem temos de lidar é com as famílias que na maioria dos casos não estão preparadas, não têm informação clínica do real diagnóstico e prognóstico da doença (...)” E9;

“(...) Por vezes as pessoas criam barreiras que também dificultam esta ajuda, nomeadamente a não-aceitação do diagnóstico por parte do doente e família, ou então a família querer ocultar o mesmo ao doente (...)” E10;

Ambas com 2 respostas, formaram-se as seguintes categorias:

Não adesão terapêutica dos doentes.

“(...) não adesão a tratamentos ou à estratégia elaborada (...)” E1;

“(...) ou não aceitam certo tipo de tratamentos propostos, que possam diminuir o sofrimento e prolongar a vida.” E10;

Falta de sensibilidade dos profissionais de saúde para os cuidados paliativos.

“(...) a falta de implicação quer de profissionais (...)” E1;

“(...) Há enfermeiros que não têm mínimo interesse nesta área, e com a equipa médica ainda é mais evidente este desinteresse (...)” E2;

Incapacidade de lidar com o fim de vida.

“(...) lidar e cuidar a pessoa em fim de vida é uma dificuldade acrescida (...)” E3;

“A maioria das dificuldades reside na identificação e aceitação por parte dos profissionais de saúde (com ênfase nos médicos) que aquela pessoa está em fim de vida e realmente necessita de cuidados paliativos individualizados, o que impede ou atrasa a

implementação de medidas de conforto. Para nós, nem sempre é fácil aceitar que um ciclo pode estar no fim (...) e até para os profissionais de saúde. (...)” E6;

Assim sendo, podemos inferir que as principais dificuldades dos profissionais de saúde na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida se centram na escassa formação na área, com um reduzido investimento das instituições de saúde para o seu progresso e na manutenção ainda de modelos biomédicos dando primazia à cura e não ao conforto da pessoa.

1.4 – Necessidades dos profissionais de saúde na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida

No que respeita, às necessidades dos profissionais de saúde na gestão de sintomas em fim de vida apenas surgiram 2 categorias (diagrama nº 4), com uma resposta cada, sendo elas:

Maior articulação da equipa médica com a EIHSCP

“Sinto falta de maior articulação/ interligação entre a equipa clínica e a equipa de cuidados paliativos. (...)” E9;

Mais trabalho de equipa

“(...) quer isto dizer que se a equipa não têm objetivos comuns para proporcionar o melhor bem-estar para o utente é complicado atingir os mesmos, e quem sai prejudicado é o utente e até a família (...)” E11;

Diagrama nº 4 – Necessidades dos profissionais de saúde na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida



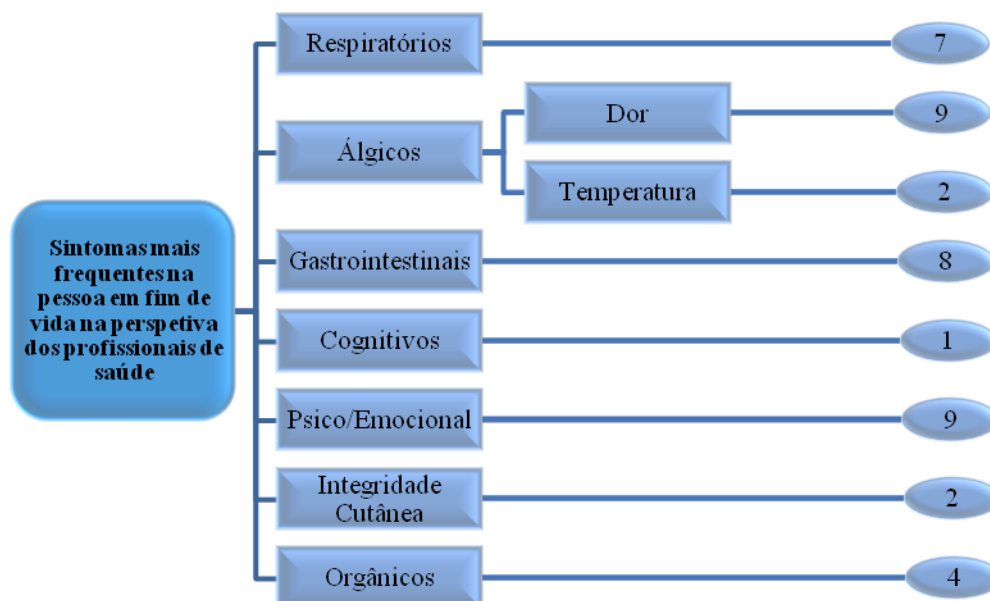
Pensamos, que a baixa taxa resposta nesta área temática se deve à confusão que se pode gerar com o conceito necessidades e dificuldades, e misturarem estes aspetos.

1.5 – Sintomas mais frequentes na pessoa em fim de vida na perspetiva dos profissionais de saúde

Os doentes em fim de vida, habitualmente apresentam múltiplos e intensos sintomas debilitantes, pelo que se torna fundamental conhecer quais são os sintomas mais frequentes, e a avaliação das suas características, de forma a serem instituídas intervenções adequadas com o objetivo do seu alívio e controlo.

Da análise dos dados, obtivemos os diferentes sintomas referidos pelos profissionais de saúde. Estes foram agrupados em 7 categorias: **respiratórios; algicos; gastrointestinais; cognitivos; psico/emocional; integridade cutânea e sintomas orgânicos**, como são evidenciados no diagrama nº 5.

Diagrama nº 5 – Sintomas mais frequentes na pessoa em fim de vida



De facto, os sintomas **álgicos** são dos mais relatados no nosso estudo, dos quais se dividem em duas subcategorias: dor, evidenciada por 9 relatos e temperatura proferida por 2 entrevistados, como podem verificar respetivamente através das seguintes citações:

“(…) Podem ser vários... Mas os principais, podem ser: dor, (…)” E5;

“(…) Dor (…)” E6;

“(…) Febre (…)” E3;

“(…) Também pode ocorrer febre (…)” E4;

Igualmente, os sintomas **psico/emocionais** foram descritos por 9 entrevistados como sendo dos sintomas mais comuns no fim de vida.

“(…) mas como é evidente a depressão, a ansiedade, o medo do conhecimento do diagnóstico também são habituais (…)” E4;

“(…) e ansiedade e medo do incerto.” E9;

“Sentimentos de tristeza, desesperança, luta, impotência, desespero, choque, negação, culpa e ansiedade” E10;

Por outro lado, os **sintomas gastrointestinais** foram patenteados por 8 profissionais de saúde.

“(…) Disfagia (…)” E3;

“(...) náuseas e vômitos de difícil controlo, entre outros (...)” E4;

“(...) diminuição de apetite e náuseas e vômitos” E7;

Os sintomas **respiratórios** também foram proferidos pela maioria dos nossos participantes, com 7 respostas.

“(...) e dispneia devem ser dos sintomas mais frequentes (...)” E4;

“(...) alterações do padrão respiratório, havendo muitas vezes dispneia, polipneia e até apneias (...)” E7;

“Podem ser vários... Mas destaco a dificuldade respiratória como dispneia (...)” E9;

Também, se destacam sintomas **orgânicos** como por exemplo, o cansaço e astenia, referenciada por 4 participantes.

“(...) cansaço, astenia. (...)” E5;

“(...) Adinamia (...)” E6;

“(...) caquexia (...)” E9;

Por último, 2 profissionais de saúde descreveram como sintomas frequentes a **alteração da integridade cutânea** e 1 relatou **alterações cognitivas** no doente em fim de vida.

Podemos verificar que dada a diversidade de sintomas, o seu controlo não pode ser descurado, apesar de não ser o único aspeto que se deve ter em atenção, todos os elementos são essenciais. Num estudo de Walsh, Donnely e Rybicki (2000) citado por Sousa (2012) apontaram a prevalência de diversos sintomas, entre 1000 doentes, sendo a dor o sintoma mais frequente com 84%, seguido pela astenia e a anorexia com 66%, a xerostomia com 57% e a obstipação com 42% de prevalência, dados em grande parte vão ao encontro dos resultados por nós obtidos.

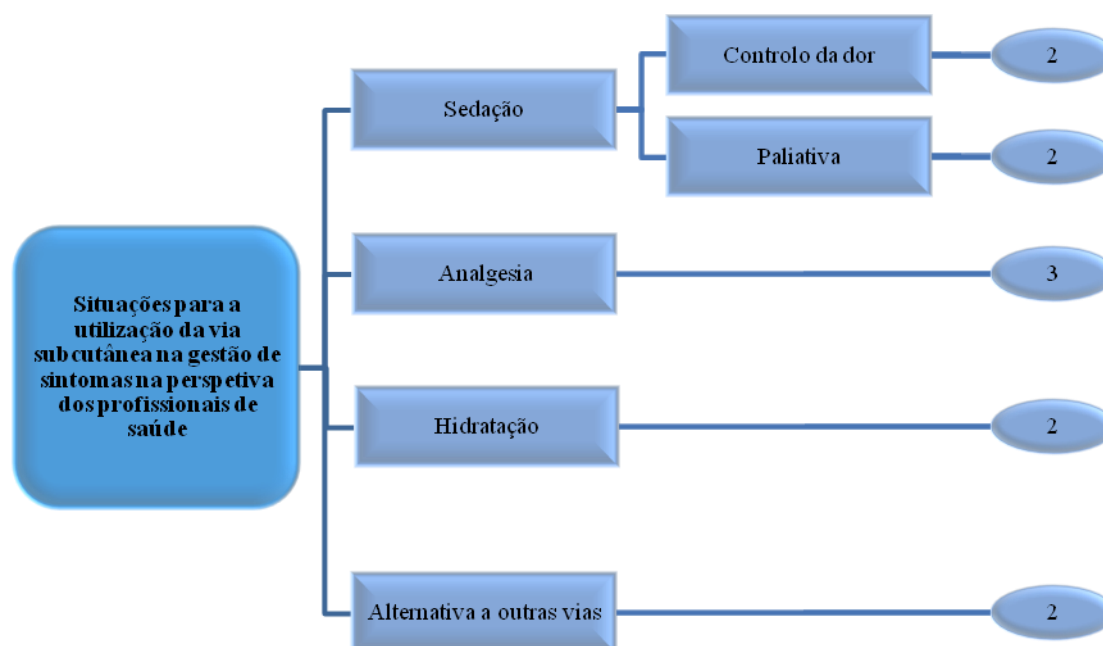
1.6 – Situações para a utilização da via subcutânea na gestão de sintomas na perspetiva dos profissionais de saúde

Nos cuidados à pessoa com doença incurável, avançada e em fim de vida existe uma larga tradição de recurso à via subcutânea, quer para administração de fármacos (em bólus ou infusão contínua), quer para administração de fluidos (hipodermóclise). Vulgarmente, a principal indicação para o recurso à administração de fármacos por via

subcutânea dizem respeito à fase de agudização da doença, com incapacidade de deglutição, ao controlo da dor e vómitos e à sedação (Neto, 2008).

Da análise de conteúdo efetuada, emergiram 4 categorias: **sedação; analgesia; hidratação e alternativa a outras vias** (diagrama nº 6).

Diagrama nº 6 – Situações para a utilização da via subcutânea na gestão de sintomas



Na voz dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros as situações que conduzem à utilização da via subcutânea na gestão de sintomas, pode ser como método facilitador para administração **analgesia**, proferida por 3 elementos.

“(…) Utilizei como analgésico e antiemético (…)” E3;

“(…) Esporadicamente é usado, fundamentalmente para administração de analgesia, corticoides ou antieméticos (…)” E6;

“(…) para além de inúmeros fármacos.”; “(…) Hipodermóclise é a administração de medicação (…)” E9;

Na descrição, também é utilizada para fins de **sedação**, onde surgiram 2 subcategorias: sedação paliativa (com 2 respostas) e sedação para controlo de dor (com 2 relatos).

“(...) controlo da dor (...)” E1;

“(...) esporadicamente é usada para sedação do doente (...) ou necessita de um rigoroso controlo da dor” E9;

“(...) sedação paliativa (...)” E1;

“(...) Por esse motivo, esporadicamente é usada para sedação do doente quando está numa fase agónica (...)” E9;

Por outro lado, o seu uso também é destacado para proporcionar **hidratação**, salientada por 2 profissionais de saúde.

“(...) Também é usada por vezes para hidratação do doente, quando a via oral ou entérica pode estar alterada (...).” E7;

“(...) e por onde se pode fazer hidratação (...)”; “(...) e/ou hidratação por via subcutânea (...)” E9;

Uma outra situação, em que é utilizada a via subcutânea descrita por 2 dos nossos entrevistados é como uma **alternativa a outras vias**.

“(...) Em algumas situações por dificuldade de um acesso venoso (...)” E11;

“(...) quando já não é possível outra via, ou mesmo se for mais confortável para o doente (...)” E9;

Efetivamente, o recurso à via subcutânea pode ser uma oportunidade para viabilizar o conforto e auxiliar no controlo sintomático dado o leque de aplicações referenciadas anteriormente pelos profissionais de saúde.

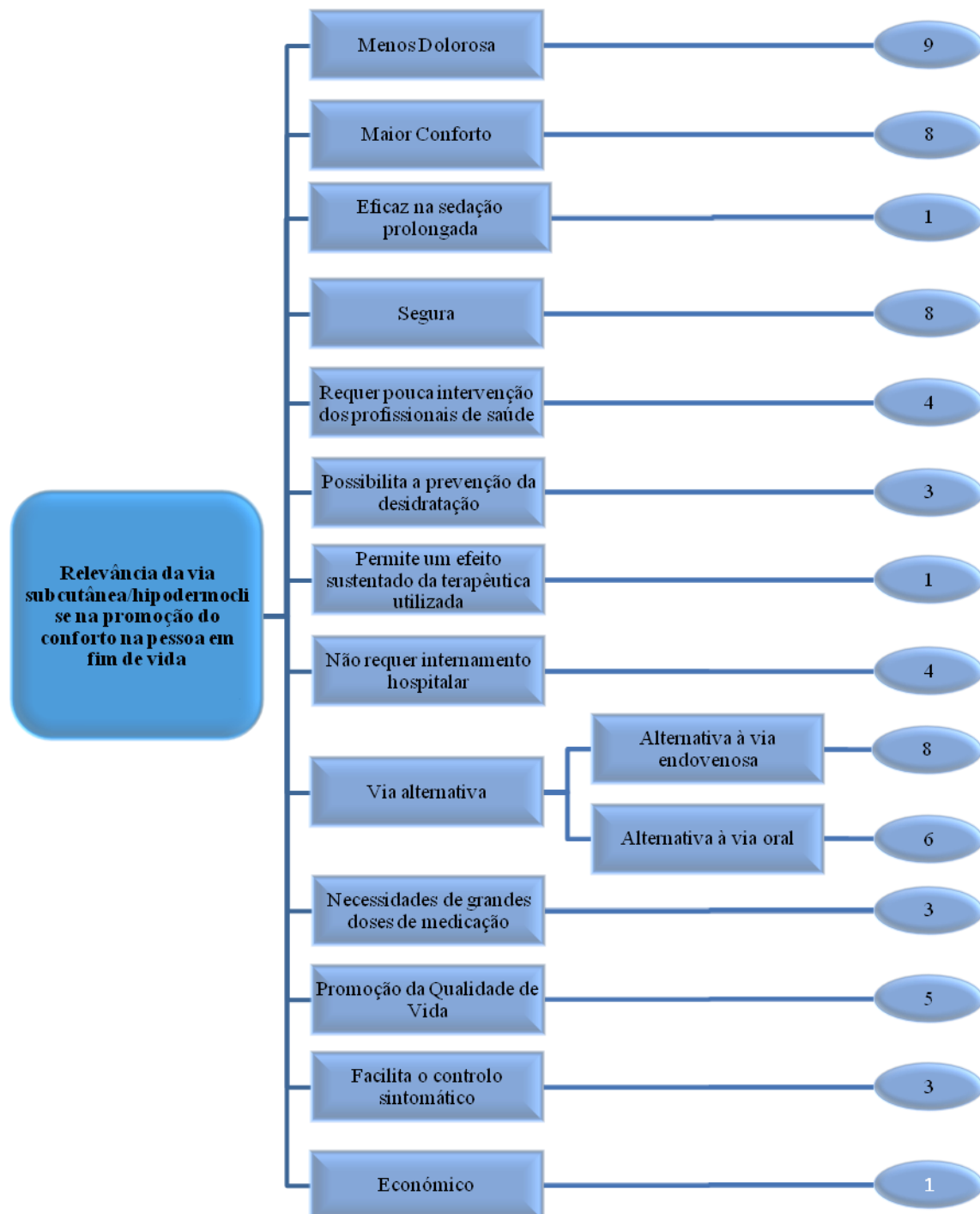
1.7 – Relevância da via subcutânea/hipodermóclise na promoção do conforto na pessoa em fim de vida

A via subcutânea/hipodermóclise não só permite um controlo adequado dos sintomas mas também pode oferecer uma melhor qualidade de vida ao doente, tendo por isso inúmeras vantagens.

Os profissionais de saúde quando questionados acerca da importância da subcutânea/hipodermóclise na promoção do conforto na pessoa em fim de vida, após a análise conteúdo foram concebidas 11 categorias: **menos dolorosa; maior conforto; eficaz na sedação prolongada; segura; requer pouca intervenção dos profissionais de**

saúde; possibilita a prevenção da desidratação; permite um efeito sustentado da terapêutica utilizada; não requer internamento hospitalar; via alternativa; necessidades de grandes doses de medicação; promoção da qualidade de vida; facilita o controlo sintomático e é económica (diagrama nº 7).

Diagrama nº 7 – Importância da via subcutânea/hipodermoclise na promoção do conforto



A categoria **menos dolorosa**, foi mencionada pela maioria dos profissionais de saúde (com 9 respostas).

“(...) minimiza a dor dos doentes (...), penso que também é menos dolorosa. (...)” E2;

“(...) o uso da via subcutânea diminui a dor provocada (...) menos (...) e dolorosa.”;

“(...) Técnica menos dolorosa para o doente (...)” E3;

“(...) Acho que têm algumas vantagens, pois permite um acesso rápido e menos doloroso para administração de terapêutica (...)” E6;

Grande parte dos entrevistados também afirmou, ser uma via que proporciona **maior conforto**, com 8 relatos.

“(...) A manutenção de um cateter subcutâneo torna-se, deste modo, mais confortável para o doente (...)” E8;

“Como disse anteriormente acho que é bastante importante usar este método para ajudar a pessoa a estar mais confortável na fase final (...)” E10;

“(...) Muita importância... Porque é uma via mais confortável para o utente, não causa tanto sofrimento (...)” E11;

Do mesmo modo, a categoria **via alternativa** surge em evidência. Daqui resultaram 2 subcategorias, sendo uma delas uma alternativa à via endovenosa, com 8 achados.

“É importante para evitar o desconforto das várias tentativas de punção EV (...)”; “(...) visto ser mais confortável do que a via EV em doentes já debilitados e com fracos acessos periféricos (...)” E4;

“(...) Este tipo de via é bastante útil no caso de doentes com difíceis acessos endovenosos (...)”; “(...) sem recurso a cateteres endovenosos”. E6;

“(...) Considero que, punccionar veias a estes doentes nem sempre é uma intervenção fácil e por, conseguinte, causa desconforto à pessoa (...)”; “(...) e, por norma, de maior durabilidade em relação à via endovenosa. (...)” E8;

Associado à categoria via alternativa, também surgiu a subcategoria alternativa à via oral, proferida por 5 profissionais de saúde.

“(...) uma alternativa para doentes em que os fármacos por via oral estão contraindicados (...) em que esta via não apresenta uma resposta terapêutica satisfatória (...)” E1;

“Importante para utente cuja via oral está comprometida (...); “(...) Garante-nos a administração de tratamento farmacológico quando via oral não é opção. (...)” E5;

“(...) Pela minha experiência, o doente em fim de vida apresenta muitas vezes estase. Assim sendo, a via de administração oral fica comprometida (...); “(...) Na minha opinião, todos os doentes que foram submetidos a esta técnica no serviço e que eu pude acompanhar tiveram benefícios. Penso que todos eles, segundo me recordo, já não toleravam a administração oral (...)” E8;

Igualmente, com 8 relatos, surgiu a categoria **segura**, como sendo a via subcutânea/hipodermoclise um fator determinante na promoção do conforto na pessoa em fim de vida

“(...) Além disso, como se trata de um método pouco invasivo têm menos complicações comparativamente com os cateteres periféricos ou centrais (...)” E6;

“(...) É uma técnica (...), segura (...)” E8;

“(...) e com reduzidas complicações, daquilo que é a minha experiência” E10; “(...) Além de que tem menos riscos (...)” E10;

Na análise desta área temática, também sobressaiu a categoria **promoção da qualidade de via**, com a presença de 5 relatos.

“(...) Melhora a qualidade de vida dos doentes e família (...)” E2;

“(...) pode proporcionar uma certa qualidade de vida.” E3;

“(...) e dá de alguma forma qualidade de vida ao utente.” E11;

Com 4 achados cada, outras das categorias demonstradas pelos profissionais de saúde foram (respetivamente com três exemplos de cada categoria): **requer pouca intervenção dos profissionais de saúde e não requer internamento hospitalar**.

“(...) mais fácil a sua manutenção, implica menos manuseamento (...)” E1;

“(...) É uma via de mais fácil acesso (...). Também é um método simples (...)” E9;

“(...) e até atribuir ao doente uma certa independência (dentro das suas limitações) (...)”;

“Sim, tenho conhecimento e já usei varias vezes durante a minha prática profissional. Parece-me uma técnica simples de usar (...)” E10;

“(...) pode estar em casa e no aconchego do seu lar e num ambiente familiar. (...)”; “(...) assim o doente pode estar no seu domicílio (...)” E2;

“(...) Também seria uma alternativa de administração de alguma terapêutica para as pessoas que se encontram no domicílio, desde que tanto o utente como a família estejam devidamente preparados e informados dos cuidados a ter.” E5;

“(...) e poderá ser usada no domicílio, ou seja, se tiver condições a pessoa poderá ficar em casa, o que é uma evidente vantagem.” E10;

Outras categorias com 3 relatos cada, destacadas pelos participantes acerca da via subcutânea na promoção do conforto foram: **possibilita a prevenção da desidratação; necessidades de grandes doses de medicação e facilita o controlo sintomático.**

Por ultimo, também foram proferidas por 1 profissional de saúde as categorias: **permite um efeito sustentado da terapêutica utilizada; eficaz na sedação prolongada e económica.**

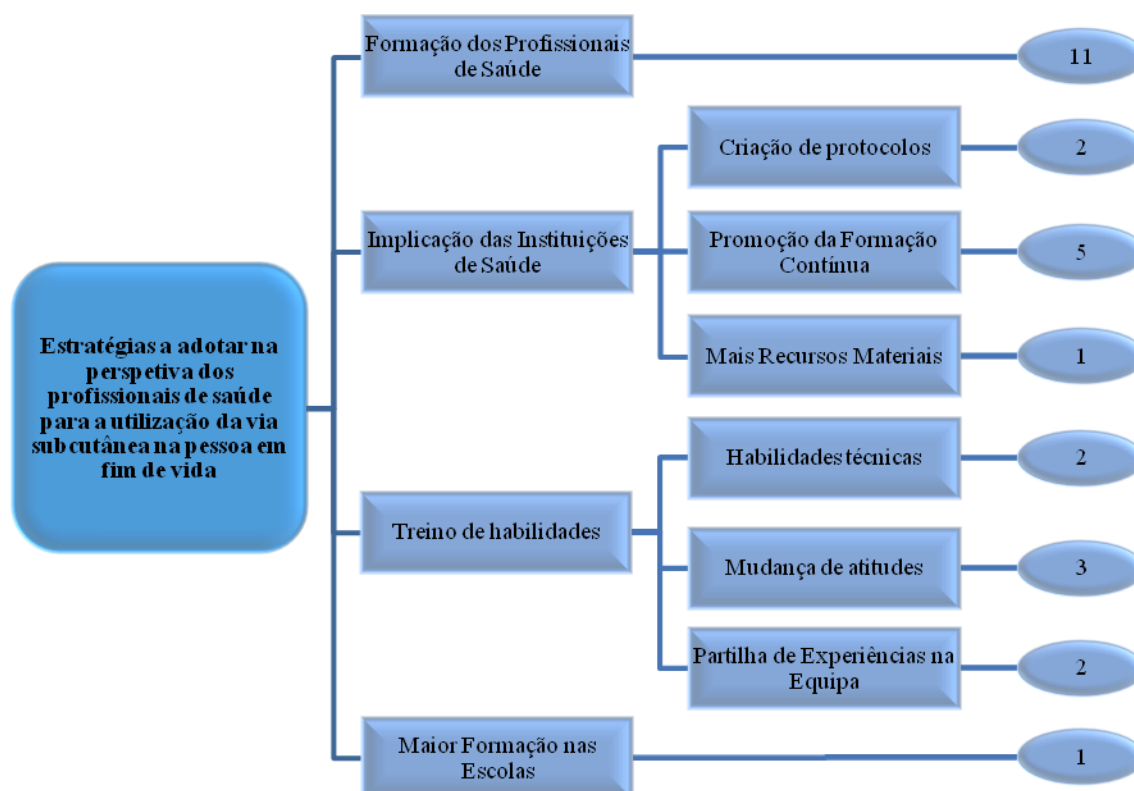
Através da anterior análise, parece-nos evidente afirmar, que os profissionais de saúde conhecem suficientemente as vantagens e os benefícios acerca da utilização da via subcutânea na promoção do conforto e bem-estar no final da vida da pessoa.

1.8 – Estratégias a adotar na perspetiva dos profissionais de saúde para a utilização da via subcutânea na pessoa em fim de vida

Sendo os cuidados paliativos, cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo exige-se um conjunto e combinado de respostas rápidas e articuladas aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2018), por isso é necessário recorrer a um misto de estratégias na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível .

Assim, da análise de conteúdo obtivemos diferentes posições relativamente às estratégias a adotar para a utilização da via subcutânea na pessoa em fim de vida. Estas foram agrupadas nas seguintes categorias (4): **formação dos profissionais de saúde; implicação das instituições de saúde; treino de habilidades e maior formação nas escolas**, como é evidenciado no diagrama nº 8.

Diagrama nº 8 – Estratégias a adotar para a utilização da via subcutânea



De facto, a categoria **formação dos profissionais de saúde** foi salientada pelos 11 profissionais de saúde entrevistados.

“(…) Acima de tudo, é preciso formação (…)”“(…) Os enfermeiros ainda não têm conhecimentos suficientes nesta área (…)” E2;

“(…) Mais informação e formação para erradicar os mitos que existem, como o uso de estupefacientes (…)” E9;

“Informar as pessoas da existência desta técnica e da importância dela. Das vantagens e desvantagens que têm, assim como todos os benefícios que pode trazer para a pessoa em final de vida (…)” E10;

Na categoria **implicação das instituições de saúde**, foram distinguidas 3 subcategorias, sendo elas:

Promoção da formação contínua, com 5 achados.

“(…) instituições deveriam apostar em ações de formação/sensibilização (…)” E1;

“(...) As Instituições de Saúde periodicamente deveriam facilitar formação nesta área, o fim de vida é transversal a várias especialidades e serviços ” E4;

“(...) No entanto, é da responsabilidade dos hospitais promoverem a divulgação desta via através da dinamização de formações (...)” E6;

Criação de Protocolos, relatado por 2 profissionais de saúde.

“(...) inclusão em protocolos com o intuito de fomentar a utilização da via subcutânea (...)” E1;

“(...) e com a criação de protocolos específicos para a sua utilização.” E10;

Mais recursos materiais, mencionada por 1 profissional de saúde.

“(...) e do fornecimento de recursos materiais para impulsionar o uso desta técnica.” E6;

Paralelamente, nesta área temática através da categoria **treino de habilidades**, também surgiram 3 subcategorias, tal como pode ser observado nos seguintes enxertos:

Mudança de atitudes, com 3 relatos.

“Principalmente consciencialização (...)” E4;

“(...) Uma maior sensibilização para os benefícios e vantagens na utilização da via subcutânea seria uma boa estratégia (...)” E5;

“(...) e a sensibilização da equipa médica para prescrever terapêutica através desta via (...)” E6;

Partilha de experiências na equipa, com 2 achados.

“(...) Alguns colegas foram inculcando na equipa este método, e como verificamos alguns resultados positivos por vezes é usado, mas essa iniciativa normalmente parte dos enfermeiros (...)” E6;

“(...) No meu caso, o que me ajudou a compreender a importância da utilização desta via foi a partilha com colegas do Serviço (...)” E8;

Habilidades técnicas, na qual foram sublinhadas por 2 profissionais de saúde.

“(...) na administração de um volume de líquido de forma contínua“(...) na administração de um volume de líquido de forma (...) intermitente por via subcutânea (...)” E1;

“(...) para se sentirem à vontade para utilizar esta técnica (...)” E2;

Um entrevistado considera que uma **maior formação nas escolas**, poderia ser uma estratégia facilitadora para promover a utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida.

“ Na minha opinião, durante a Licenciatura em Enfermagem a pessoa em fim de vida e as suas necessidades não foi algo muito trabalhado; só após começar a trabalhar e deparar-me com esta situação pude refletir acerca da mesma. Claro que durante a Licenciatura não pode ser tudo abordado aprofundadamente e é para isso que existe mais formação como o Mestrado em Cuidados Paliativos (...)” E8;

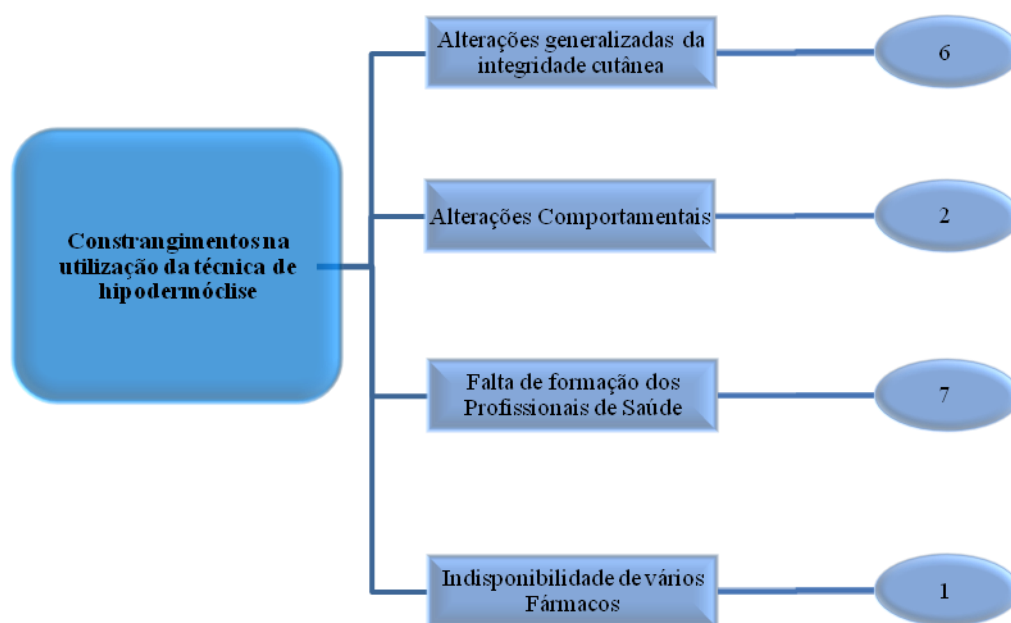
Aferimos assim, que uma vez mais que a formação em cuidados paliativos, bem como o envolvimento das instituições de saúde nessa formação, são fatores delimitadores para uma prática maior no uso da via subcutânea para promover o conforto à pessoa com doença incurável, progressiva e avançada.

1.9 – Constrangimentos na utilização da técnica de hipodermóclise

A via subcutânea mostra-se de fácil aplicabilidade em contexto de cuidados paliativos, contudo podem surgir alguns fatores limitantes para o seu uso.

De entre, os constrangimentos na utilização da técnica de hipodermóclise, com 4 categorias, os profissionais de saúde frisaram **as alterações generalizadas da integridade cutânea; alterações comportamentais; falta de formação dos profissionais de saúde e indisponibilidade de vários fármacos** como motivos determinantes (diagrama nº 9).

Diagrama nº 9 – Constrangimentos na utilização da técnica de hipodermóclise



Para 7 participantes, a **falta de formação dos profissionais de saúde** é uma das principais limitações no uso da via subcutânea, como é evidenciado nos seguintes excertos:

“(…) Desconhecimento da equipa médica e de enfermagem, mesmo assim acho que atualmente as equipas já estão mais despertas para o seu uso. Alguns colegas foram inculcando na equipa este método, e como verificamos alguns resultados positivos por vezes é usado, mas essa iniciativa normalmente parte dos enfermeiros. (…)” E6;

“(…) mas necessito de aprofundar mais alguns conhecimentos (…)”; *“(…) está relacionado com as falhas de conhecimento que já referi.” E7;*

“(…) e prática por parte dos profissionais saúde... Ainda há enfermeiros que não sabem aplicar esta técnica (…)” E9;

Relativamente à categoria **alterações generalizadas da integridade cutânea**, esta foi salientada por 6 profissionais de saúde.

“(…) de um doente com desidratação grave, acho que esta técnica não é a mais indicada. (…)” E2;

“(…) Por vezes as pessoas apresentam-se edemaciadas pelo que é mais difícil usar esta técnica, assim como a formação infeções no local de inserção do cateter (…)” E10;

“(...) Algumas características dos utentes podem também limitar esta técnica, como edemas e hematomas, magreza extrema (...)” E11;

No que respeita à categoria **alterações comportamentais**, esta foi referida por 2 profissionais de saúde.

“(...) Quando o doente está com períodos de agitação, em que arranca tudo e a medicação (...)” E2;

“(...) ou estados de agitação do utente. ” E11;

Por último, um profissional de saúde destacou a **indisponibilidade de vários fármacos** como uma possível entrave na utilização da técnica de hipodermóclise.

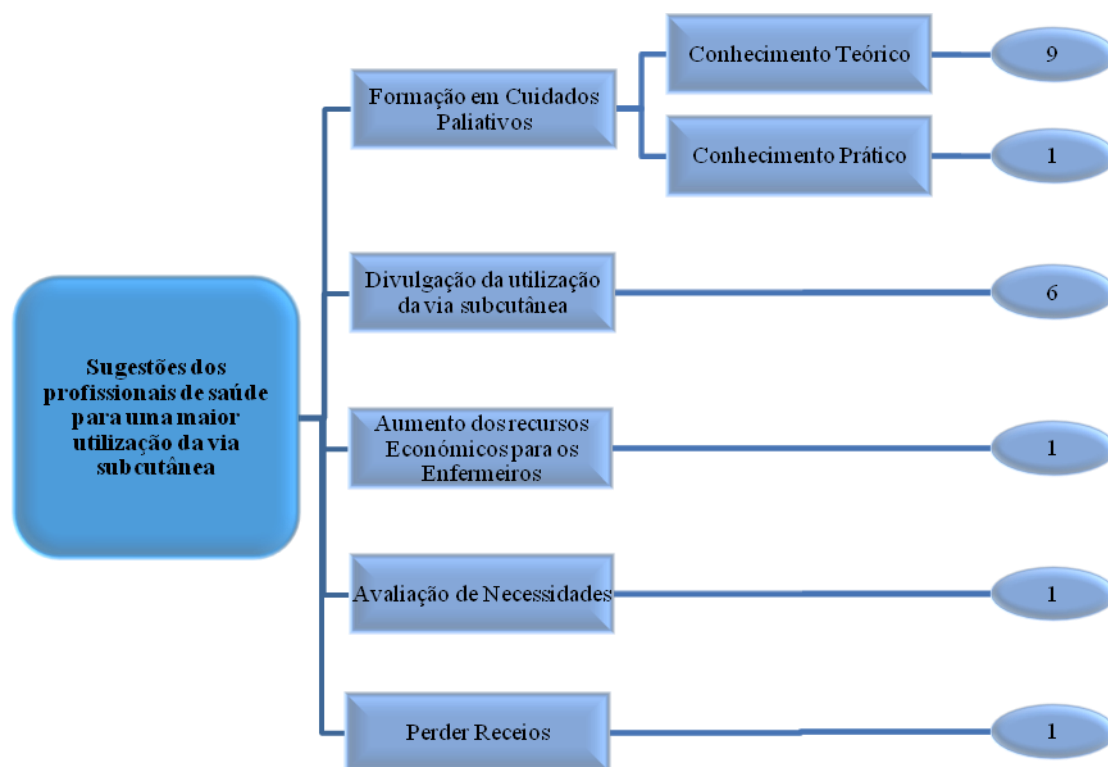
“(...) nem que tipo de fármacos podem ser administrados. (...)” E9;

1.10 – Sugestões dos profissionais de saúde para uma maior utilização da via subcutânea

Os cuidados de saúde assentam em focos de atenção que integram projetos de saúde da pessoa, família e comunidade, tendo sempre presente que bons cuidados impõem *“coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”* (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 13). Quer isto dizer, que há sempre algo a fazer para melhorar o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros perante a pessoa em fim de vida, tudo é um processo de aprendizagem!

Deste modo, os profissionais de saúde apresentam como sugestões para uma maior utilização da via subcutânea as seguintes categorias (5): **formação em cuidados paliativos; divulgação da utilização da via subcutânea; aumento dos recursos económicos para os enfermeiros; avaliação de necessidades e perder receios** (diagrama nº 10).

Diagrama nº 10 – Sugestões dos profissionais de saúde para uma maior utilização da via subcutânea



Da análise das entrevistas, na categoria **formação em cuidados paliativos**, 9 profissionais de saúde ressaltaram o conhecimento teórico como sugestão para apoiar uma maior utilização da via subcutânea.

“Esta sugestão também pode ser para mim... É importante mudar mentalidades dos profissionais de saúde, de forma adquirir conhecimentos específicos na área através da formação (...).” E5;

“(...)É importante a formação na área dos cuidados paliativos, em particular acerca da terapia subcutânea. Devemos estar abertos e motivados para novas aprendizagens e adquirir mais conhecimento, cuidar a pessoa em fim de vida está e estará constantemente na nossa prática profissional (...) Além disso, por vezes desconhecemos se determinados medicamentos podem ser administrados por via subcutânea ou não, o que também pode ser outra limitação para o seu uso” E10;

“(...) Realizar mais formação a nível de equipas de saúde na área da terapia subcutânea, dos seus cuidados, vantagens e desvantagens para uniformizar os cuidados aos utentes entre equipas (...) conhecer melhor que medicamentos podem ser administrados pela via subcutânea (...).” E11;

Outra subcategoria foi distinguida neste âmbito, 1 participante destacou o conhecimento prático importante para facilitar o uso da via subcutânea.

“(...) e até da prática. Uma sugestão seria, fazermos obrigatoriamente um estágio numa unidade de cuidados paliativos de forma a compreender os seus principais objetivos e dinâmicas.” E5;

Alguns profissionais de saúde (6 achados) relatam que a **divulgação da utilização da via subcutânea**, facilita a sua implementação.

“(...) difundir a utilização da terapia subcutânea como uma alternativa viável a outras vias de administração (...)” E1;

“(...) Esclarecer os profissionais de saúde acerca da sua importância e difundir mais a sua utilização acerca da divulgação (...)” E4;

“(...) Divulgação de informação acerca desta técnica nos vários serviços, pois em quase todas as especialidades existem internados doentes com necessidade de cuidados paliativos e não é prestada.” E7;

Para finalizar, com um achado cada foram relatadas pelos profissionais de saúde, as seguintes categorias:

Aumento dos recursos económicos para os enfermeiros.

“(...) com o que os enfermeiros ganham não têm muitos recursos económicos para fazerem cursos de formação (...)” E2;

Avaliação de necessidades.

“(...) É importante avaliar as necessidades do doente e se for o caso dar preferência a esta via (...)”. E6;

Perder receios.

“(...) e depois disso não tenham medo de a utilizar pois é uma via mais acessível e bem mais prática do que a via endovenosa.” E9;

Por fim, concluímos que a formação a nível teórico e prático é ponto assente para uma maior divulgação e transmissão da filosofia, missão, valores e objetivos dos cuidados paliativos, e consequentemente para a difusão da utilização da terapia subcutânea nos hospitais de agudos.

2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Chegado a esta etapa do estudo e tendo em conta o nosso percurso de investigação, torna-se imperativo realizar uma discussão crítica e reflexiva dos achados deste processo, tendo por base a questão de investigação: *Qual a perspetiva dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar?*. Assim, pretendemos produzir ilações válidas sobre o fenómeno em estudo, centrando-se a discussão em torno de cinco grandes áreas de acordo com os objetivos delineados:

- Identificar a relevância da via subcutânea/hipodermóclise na promoção do conforto na pessoa em fim de vida;
- Identificar os motivos que conduzem os profissionais de saúde à utilização ou não da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar;
- Identificar as estratégias a adotar na perspetiva dos profissionais de saúde para a utilização da via subcutânea na pessoa em fim de vida;
- Identificar as necessidades dos profissionais de saúde na utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida;
- Identificar as dificuldades dos profissionais de saúde na utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida.

Tendo por base os pilares fundamentais dos cuidados paliativos; controlo de sintomas; apoio familiar; acompanhamento no processo de luto; comunicação terapêutica e trabalho de equipa, procuramos identificar na perspetiva dos profissionais de saúde a relevância da via subcutânea/hipodermóclise na promoção do conforto na pessoa em fim de vida. Salienta-se que os achados revelam que os **profissionais de saúde consideram que gerir os sintomas na pessoa em fim de vida** significa ter uma visão holística, que envolve um processo avaliativo das necessidades/problemas da pessoa em fim de vida, com uma intervenção ajustada às necessidades, o respeito pela vontade do doente e família, a aplicação de um conjunto de instrumentos que visem a qualidade de vida e na promoção do trabalho em equipa.

Efetivamente, recordando o conceito de pessoa em fim de vida, pessoa com uma doença crónica, evolutiva, progressiva e terminal, reclama o direito a tratamentos ajustados

à situação clínica da pessoa, ou seja, a intervenções que visem o conforto e potenciem o bem-estar. A CIPE versão 2.0 (2010, p. 45), descreve o conforto como uma *"sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal"*, assim como, o bem-estar corresponde a uma *"imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência"* (CIPE, 2010, p. 41).

O conforto assume-se como um pilar fundamental em cuidados paliativos. Para isso, a nossa intervenção deve visar a sua promoção nas várias dimensões: física, emocional, social e espiritual, a doentes que sofrem de doença avançada, progressiva e incurável. Muitos destes doentes apresentam sintomas major e como tal, controlar os sintomas é essencial para fornecer conforto não só à pessoa doente como aos seus elementos significativos. É também, fundamental, entender que o sofrimento está muito presente nesta etapa da vida, exigindo aos profissionais de saúde, nomeadamente, aos médicos e enfermeiros respostas efetivas.

Segundo a CIPE versão 2.0 (2010, p. 76) o sofrimento encontra-se classificado como um diagnóstico, sendo uma, *"emoção negativa: sentimentos prolongados de grande pena associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, isto é, sintomas físicos crónicos como a dor, desconforto ou lesão, stress psicológico crónico, má reputação ou injustiça"*, descrevendo uma experiência pessoal, individual e subjetiva. Barbosa (2006, p. 399) acrescenta que *"a intensidade desse sofrimento é medida nos termos do próprio doente, à luz dos seus valores, das suas vivências, das suas crenças e recursos (...) "*.

Importa referir, que facilmente se confunde o sofrimento com dor. No entanto, a dor causa sofrimento, mas o sofrimento nem sempre causa dor (Neto, 2010). O sofrimento é globalmente mais amplo que a dor, atinge a integridade da pessoa e as suas vivências, e não se limita apenas a algo físico, mas transcende-se a aspetos espirituais, sociais e psicológicos (Cerqueira, 2010), sendo um processo subjetivo que exige cuidados contínuos e integrais.

Relacionando-se com o conceito de gestão de sintomas, importa dizer que para Cerqueira (2010, p. 50) o

“objectivo dos cuidados paliativos é garantir a melhor qualidade de vida tanto para a pessoa em fim de vida como para seus familiares, postulam a qualidade do viver, em contraposição a uma quantidade do viver às custas de sofrimento, procuram dar suporte familiar, acompanhando-os no processo de luto após o óbito da pessoa doente”,

destacando-se assim o papel dos profissionais de saúde em especial dos enfermeiros.

Neste momento, assiste-se a uma mudança de paradigma, ou seja de modelos exclusivamente biomédicos, para modelos mais humanos e multidimensionais, de forma, a proporcionar um fim de vida com dignidade, reduzindo o sofrimento e privilegiando espaços organizados, em torno de racionalidade técnica, científica e economicista, onde o valor humano e a dimensão da pessoa são muitas vezes descurados (Cerqueira, 2010). Perante tal situação, cabe aos profissionais de saúde, respeitar e fazer respeitar a vontade da pessoa e sua família, de modo a promover cuidados de excelência, com o intuito de promover a qualidade de vida, eliminando todos os tratamentos que sejam fúteis e contra a vontade do doente.

Neste seguimento, a via subcutânea é frequentemente utilizada na fase final de vida, sendo *“uma técnica segura, confiável, de fácil manipulação e com o mínimo de desconforto para o paciente, porém, ainda é pouco utilizada pela equipe da instituição do estudo”* (Justino [et al.], 2013, p. 89). Num estudo descrito pelos autores supracitados (2013), em 348 doentes inseridos em cuidados paliativos, 50% apresentou indicação para aplicação de hipodermóclise (50%), apresentava sintomas como a disfagia, náuseas e vômitos, agitação e prostração.

Relativamente ao nosso estudo de investigação, **na perspetiva dos profissionais de saúde entrevistados os sintomas mais narrados** foram, a dor (9 participantes primeiramente referiram este sintoma); os sintomas psico/emocionais como o caso da ansiedade e depressão, seguidos dos sintomas gastrointestinais (náuseas, vômitos, estase gástrica) e os sintomas respiratórios como a dispneia. Apenas 4 entrevistados referiram os sintomas orgânicos, como a astenia, cansaço e adinamia. Estes resultados estão em concordância com a maioria da bibliografia consultada, na medida em que se verificou que a dor apresenta-se como o sintoma mais frequente, nomeadamente nos estudos de Stromgren [et al.] (2002); Walsh, Donnelly e Rybicki (2000) e Vainio et al (1996), citado

por Sousa (2012). Já em 2002, Ferraz Gonçalves explicava que a dor tem grande influência na qualidade de vida, interferindo a nível do funcionamento físico, psicológico e social, alterando aspetos fisiológicos como o sono e humor. O autor supracitado (2002) acrescenta que mais de 50% dos doentes dos países desenvolvidos não têm a dor controlada.

Num outro estudo, relativo ao conhecimento e atitudes de 120 enfermeiros, no controlo da dor, demonstrou-se que, em média, 62% desses profissionais não possuíam conhecimentos suficientes sobre dor e analgesia (Fontes e Jaques, 2007), daí que seja comum encontrar doentes em fim de vida internados em hospitais de agudos com sintomas descontrolados e intenso sofrimento.

Por outro lado, um estudo efetuado por Sousa (2012) concluiu que a astenia foi o sintoma mais frequente nos três primeiros momentos de quatro, embora a sonolência no terceiro momento apresente a mesma percentagem. Neto (2017) confirma que, de uma forma global, a dor não é de todo o sintoma mais frequente na população de doentes em fim de vida – ainda que possa ser o mais estudado – e esse lugar é detido pela astenia/fadiga, assim a dor e fadiga assumem-se como altamente prevalentes e presentes em praticamente todas as patologias avançadas estudadas.

Outros sintomas subjetivos como a ansiedade e depressão, também foram referidos no nosso estudo por 9 participantes na categoria “psico/emocional”. Num estudo efetuado por Costa e Antunes (2012) com o objetivo de identificar os sintomas percecionados pelos doentes sem perspetiva de cura internados nos serviços de Medicina de um hospital de agudos, apurou que os sintomas com maior predomínio são o cansaço, a depressão e a ansiedade, o que vai de encontro aos resultados dos nossos achados.

Seguindo a sequência, a gestão de sintomas no fim de vida pode ser muito variável, dependendo das circunstâncias dos cuidados, da evolução da doença e da adaptação à mesma, da morte mais ou menos esperada e particularmente da atitude dos profissionais que acompanham o doente neste período.

Nesta linha de pensamento, **as principais estratégias relatadas pelos profissionais de saúde na gestão de sintomas na pessoa em fim de vida** no presente estudo foram: primeiramente a aplicação de medidas farmacológicas direcionadas para cada sintoma manifestado, seguidamente recorrem a medidas não farmacológicas como a massagem, os posicionamentos antiálgicos e de conforto, recurso ao toque, a aplicação de

escalas de avaliação como por exemplo, escalas de avaliação da dor e a observação e a sua monitorização/avaliação permanentes.

Neto (2008, p. 277) relata que

“de entre as estratégias para viabilizar o conforto e o controlo sintomático, a administração de fármacos representa seguramente um papel central. Pretende-se com as intervenções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas) assegurar um controlo sintomático constante e reduzir ao máximo a ocorrência de crises que agravem a qualidade de vida do doente e aumentem a ansiedade dos familiares”.

Do mesmo modo, tal como verificamos nos achados, as medidas não farmacológicas podem ser um ótimo apoio para controlar alguns sintomas dos doentes em fim de vida, das quais podem aportar benefícios no alívio da dor, ansiedade, náuseas e vómitos, melhoria do padrão respiratório, estados de fadiga e outros, proporcionando benefícios como o relaxamento, tranquilidade e paz interior. Estas, devem ser selecionadas de acordo com as preferências do doente, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível.

O estudo realizado por Sapeta (2011) acerca do processo de interação do Enfermeiro-Doente no cuidar em fim de vida nos serviços de Medicina Interna, verificou que os enfermeiros prestam cuidados de conforto e procuram aliviar o sofrimento com medidas não farmacológicas que estão ao seu alcance. Constatou ainda, que realizam posicionamentos de forma a aliviar alguns sintomas, como dispneia e alternam os decúbitos.

De facto, a massagem é uma medida de conforto que produz efeitos positivos na pessoa em fim de vida, como o relaxamento e alívio da intensidade da dor. Amorim (2003) diz que massagem contribui para aliviar o cansaço emocional, estimular a imagem que se tem do corpo e autoestima, assim como melhorar a circulação, a drenagem da linfa e o relaxamento dos músculos. Também ajuda a melhorar a qualidade de vida, evita certas complicações, envolve o doente e a família no processo da doença e nos casos em que a morte é inevitável, pode torná-la mais condigna.

Igualmente o toque, parece ter um papel preponderante que vai ao encontro das necessidades cognitivas e afetivas dos doentes. O estudo de Araújo e Silva (2012) acerca das estratégias não-verbais mais utilizadas pelos profissionais de saúde em doentes em cuidados paliativos, destacou o toque afetivo, o olhar, o sorriso, a proximidade física e

escuta ativa, o que também está em consonância com alguns relatos dos nossos entrevistados que expuseram a comunicação/interação, a capacidade de escuta e a relação empática e de ajuda como estratégias não farmacológicas para uma boa gestão de sintomas.

Numa revisão da literatura com o objetivo de identificar os resultados sensíveis das intervenções de Enfermagem ao nível das medidas não farmacológicas na pessoa com dor, concluiu-se que os *“profissionais apresentam formação e capacitação reduzida em gestão da dor e em medidas não farmacológicas, propondo maior investimento em formação contínua”* (Matos [et al.], 2017, p. 1211).

Caires [et al.] (2014) no seu estudo, com o objetivo de analisar a utilização de terapias não farmacológicas nos cuidados paliativos por instituições brasileiras certificadas, verificou que a musicoterapia, acupuntura e massagem como as estratégias mais utilizadas em cuidados paliativos, sendo que estas medidas em associação ao tratamento convencional ajudam a aliviar a ansiedade, depressão e dor a pessoa, promovendo o relaxamento e facilitando a relação de interação entre profissional-doente-família.

A capacidade de escuta, foi outra das estratégias referenciadas pelos nossos participantes. Realmente, a escuta pode apresentar um efeito terapêutico face à pessoa em sofrimento, conforme narra Cerqueira (2010, p. 58) *“escutar o doente em todo o seu ser, conhecer o seu pequeno mundo torna-se essencial para o desenvolvimento de uma relação de confiança que facilite a aceitação das experiências de sofrimento”*. A utilização desta relação de ajuda, possibilita-lhe uma vivência mais tranquilizadora deste processo.

Nesta sequência, e de acordo com a autora supracitada (2010) a comunicação assume um papel essencial no planeamento da assistência ao doente em fim de vida e na gestão dos seus sintomas, de forma que cada qual compartilhe dos mesmos objetivos e propósitos na prestação dos cuidados.

Por outro lado, dado a complexidão e dificuldade de avaliação dos sintomas, nomeadamente a dor, para entender os acontecimentos torna-se pertinente o uso de instrumentos, métodos ou escalas de medida standardizados como as ferramentas importantes no cuidado de avaliação e monitorização dos sintomas (Neto, 2010).

Para Firmino (2009) citado por Sousa (2012) as principais estratégias movimentadas pelos profissionais de saúde, em particular pelos enfermeiros na gestão de sintomas passam por uma atuação que abrange os cuidados e relações que vão desde a interação com o doente e seus familiares até às intervenções com a equipa multidisciplinar,

surgindo desde a entrada até à saída do doente, seja pela alta hospitalar, seja pelo óbito. As intervenções de enfermagem devem estar dirigidas para vários aspetos, como: a avaliação continuada dos sinais e sintomas; a aplicação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o seu controlo, com a avaliação, monitorização e registo das mesmas; colaborar com a equipa interdisciplinar no estabelecimento de prioridades para cada doente, bem como para a própria equipa e para a instituição; intervir na dinâmica familiar, de forma a ajudar o doente e a família nesta fase ímpar de vida.

No que concerne, **aos motivos que conduzem os profissionais de saúde à utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar**, verificamos que são vários. No entanto os nossos entrevistados expuseram a administração de medicação para o controlo da dor e/ou outros sintomas, a sedação e a hidratação como os principais.

Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2012, cerca de 64% das mortes ocorreram em estabelecimento hospitalar enquanto 28% ocorreram no domicílio (Silva, 2013). Sapeta (2011, p. 17), refere que *“a morte é medicalizada, com a crescente intervenção técnica, procurando adia-la o mais possível, em oposição ao modo tradicional”*. Significa isto, que a cultura “curativa”, é talvez um dos maiores problemas que assistimos nos hospitais de agudos para com os doentes crónicos avançados, os quais necessitam de uma atenção personalizada e qualificada que lhes poderá propiciar qualidade de vida e dignidade nos últimos dias.

Neto (2008) relata que existem diversas razões que podem motivar a decisão da escolha da via subcutânea: o facto de o doente, por debilidade ou obstrução local, estar impedido de deglutir, a ocorrência de náuseas e vômitos graves, a ocorrência de situações que levem a uma marcada redução da absorção gastrointestinal ou a necessidade de, em crises sintomáticas, utilizar um fármaco para início de ação mais rápida.

Uma das situações em que é utilizada a via subcutânea destacada por Justino [et al.] (2013, p. 87), *“em casos de pacientes em fase terminal, a deglutição, muitas vezes está deficiente, o que torna difícil a utilização da via oral como alternativa de administração de medicamento e, principalmente, como via de hidratação”*.

Todavia, uma outra razão para o recurso à via subcutânea sublinhada por dois entrevistados refere-se à sedação paliativa, esta, é muito valorizada e consiste na redução do nível de consciência apenas até o nível suficiente para o alívio dos sintomas através de

medicamentos sedativos específicos, prática que é individual e pode variar bastante (Nogueira e Sakata, 2012). A prevalência mundial da sedação paliativa varia entre 16% e 52%. De frisar, que não existe evidência científica que a sedação paliativa encurta o tempo de vida.

Importa sublinhar que esta via de **administração pressupõe uma grande mais-valia para o doente na promoção do conforto**, uma vez que se reduz o número de vezes em que é picado e todo o desconforto associado a essa prática. No nosso estudo, os participantes descreveram como principais relevâncias da via subcutânea/hipodermóclise na promoção do conforto em fim de vida, o facto de ser mais cómoda e segura, menos dolorosa e uma via alternativa à via oral e à via endovenosa. Alguns relatos também mencionaram o facto de ser uma via que requer pouca intervenção dos profissionais de saúde, que não requer internamento hospitalar e pode prevenir a desidratação.

Na verdade, *“a administração de medicamentos por via subcutânea e a hipodermóclise oferecem uma serie de vantagens em comparação com a via endovenosa. É mais segura, pouco agressiva e menos complexa”* (SECPAL, 2013, p. 17). Os autores supracitados (2013) acrescentam ainda que esta é mais confortável, não requiere sistema especial de infusão, nem imobilização do membro, permitindo uma maior independência do doente, podendo inclusive administrar-se infusões noturnas. Reduz também o número de hospitalizações, sendo especialmente útil em doentes idosos que vivem no seu domicílio com necessidades de cuidados paliativos. Isto permite uma poupança em gastos sanitários.

Justino [et al.] (2013, p. 85) sublinha ainda que via subcutânea apresenta diversas vantagens, entre elas

“a comodidade para o paciente/família, simples punção e fácil administração, redução de custo e do tempo de internação, pouco desconfortável, baixa incidência de infecção, boa tolerância por pacientes agitados, diminuição dos efeitos sistêmicos adversos, redução da sobrecarga cardíaca e pode ser mantida por vários dias”.

Um estudo descritivo efetuado numa população seguida na Equipa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Odivelas ao longo de um mês, averiguou que a percentagem de doentes que realizaram terapêutica subcutânea (hipodermóclise e administração de fármacos) foi de 3,45% (n=12), a principal indicação foi a agonia (50%) e os fármacos mais utilizados foram a butilescopolamina, os opióides e os neurolépticos. A

administração de fármacos foi praticada em 58,33% dos 12 doentes (Neto, 2008), o que reforça o quanto esta técnica é pouco utilizada.

A autora supracitada (2008) ajunta que num outro estudo prospetivo realizado no IPO do Porto (n=300) de 2003, em que os autores descrevem a realidade dos cuidados na agonia aos doentes internados naquela unidade, refere-se que a via subcutânea, nesse grupo de doentes, foi “largamente” (sem quantificar) utilizada, surgindo como fármacos mais prescritos a morfina, a escopolamina e o midazolan.

Tornou-se ainda fundamental identificar que **estratégias a adotar na perspetiva dos profissionais de saúde para a utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida**. Neste sentido, verificamos que a maioria dos entrevistados manifestou a perceção que é fulcral o aumento da formação dos profissionais de saúde, com uma crescente implicação das Instituições de Saúde no apoio à formação continua na área, criação de protocolos institucionais e incremento de recursos humanos e materiais, bem como um aumento da formação nas escolas de saúde incluída por um entrevistado.

Por isso, a maioria dos participantes do estudo reforçam que é importante ampliar os conhecimentos e formação dos profissionais quanto aos cuidados paliativos, à sua missão, objetivos e cuidados, assim como treinar habilidades através de experiências partilhadas e mudança de atitudes. As Instituições de Saúde podem e devem fomentar o desenvolvimento do saber nesta área, através de programas de formação contínua frequentes. Assim, para além de proporcionar maior certificação aos seus profissionais, está a qualificar assistência de cuidados beneficiando os seus utentes e garantindo cuidados de excelência (Paranhos, 2016). No entanto, cada profissional de saúde também deve comprometer-se com o doente e família, desenvolvendo técnicas éticas, práticas e humanísticas, formando-se constantemente e tendo brio profissional na sua praxis diária.

Segundo Sapeta (2011) em Portugal, doentes com doença crónica, progressiva e terminal continuam internados em hospitais de agudos porque existem poucas unidades e equipas especializadas em cuidados paliativos.

Regularmente, a presença de sintomas descontrolados constitui a razão das principais queixas dos doentes em fim de vida, não é possível intervir nas restantes áreas sem que os sintomas estiverem suficientemente controlados. No estudo realizado por Costa e Antunes (2012, p. 71), concluiu que uma das principais causas do descontrolo

sintomático de doentes internados em hospital de agudos é *“possivelmente pela falta de formação específica dos profissionais envolvidos”*.

Num estudo, realizado por Fernandes (2012) no Hospital São João do Porto evidência que relativamente à formação em cuidados paliativos durante a licenciatura os inquiridos responderam maioritariamente (103 56,3%) que tiveram formação, mas que foi claramente insuficiente e 47 (25,7%) responderam que não tiveram formação em cuidados paliativos na licenciatura. Quanto à formação dos enfermeiros (em contexto profissional), em cuidados paliativos, nos últimos 3 anos, é de realçar que a grande maioria dos enfermeiros 139 (76%) não fez formação em cuidados paliativos, embora cuidem de população de doentes paliativos no dia-a-dia, pois, de acordo com os resultados expostos, referem que há frequentemente doentes a receber cuidados paliativos nos serviços onde prestam cuidados.

Pinheiro (2010) após avaliar o grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos revela que os alunos, futuros médicos, não recebem formação adequada para prestar cuidados paliativos de qualidade, por isso deve-se propiciar discussões teóricas mais profundas e oportunidades práticas para contato pessoal e único com os doentes em estado terminal e com o manejo dos sintomas mais frequentes.

Além do conhecimento científico e treino, os médicos e enfermeiros devem saber tomar decisões de forma partilhada em que o doente e família devem ter um papel ativo neste processo. Twycross (2001) salienta que os cuidados paliativos são melhor administrados por aquelas pessoas que trabalham em equipa e está empenhada no bem-estar global do doente e seus significativos. É através da relação e comunicação com outras equipas, envolvimento, dinamização e informação dos vários profissionais da instituição que se consegue difundir, esclarecer e desmistificar as áreas de intervenção dos CP, definindo também a dinâmica externa da equipa.

Este conceito de equipa, é influenciado pela formação específica e avançada em CP, pois *“qualquer membro da equipa, qualquer que seja a sua categoria profissional, responsabilidade ou competência técnica, não está preparado para o trabalho de equipa, a não ser que tenha formação para isso”* (Bernardo, Rosado, Salazar; 2010; p. 764).

No seio da equipa multidisciplinar “nem sempre é fácil comunicar”, situação que pode ser geradora de conflitos entre os membros, esta competência vai sendo adquirida através da experiência e da partilha de cada profissional.

Uma outra necessidade dos profissionais de saúde na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida, que pensamos ser muito influente, apesar de apenas manifestada por um entrevistado centra-se na aspiração de uma maior articulação da equipa médica com a EIHSCP e um maior trabalho em equipa com objetivos comuns. Importa salientar, que a EIHSCP disponibiliza aconselhamento em cuidados paliativos e apoio a toda a unidade hospitalar, doentes, família e cuidadores no ambiente hospitalar. É responsável também formação formal e informal e interliga-se com outros serviços dentro e fora do hospital. Por outro lado, clarifica uma melhor utilização dos opióides assim como uma melhor documentação dos objetivos e preferências dos doentes, sendo a sua intervenção bem notada pelo doente e família e, como tal constitui-se como uma importante estratégia para a melhoria da qualidade dos cuidados (APCP, 2016). Sendo este um recurso valioso, nem sempre é aproveitado pelos diferentes serviços dos hospitais de agudos.

Cerqueira (2010) no seu estudo, afirma também que o trabalho em equipa é um meio facilitador da partilha de saberes dos diferentes profissionais envolvidos facultando assim, o apoio integral à pessoa em sofrimento e sua família.

No que respeita aos **constrangimentos dos profissionais de saúde na utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida**, os achados revelam que os maiores problemas para a não utilização da via subcutânea relaciona-se com a alteração da integridade cutânea, alterações comportamentais do doente, a falta de formação dos profissionais de saúde e a indisponibilidade de alguns fármacos para serem administrados por esta via.

Para Neto (2008, p. 278) “*existem poucas limitações ao uso desta via: existência de edema generalizado ou doentes com hemorragia aguda profusa, visto que podem condicionar vasodilatação ou vasoconstrição periférica e inviabilizar a absorção dos fármacos*”.

Por outro lado, após uma revisão exaustiva de Chirivella [et al.] (2015) verificaram que, ainda que a via subcutânea em cuidados paliativos seja uma prática desenvolvida, a maioria da informação dos medicamentos (analgésicos, ansiolíticos, corticoides, diuréticos, antieméticos, anti-inflamatórios, antipiréticos, etc) fabricados pelos laboratórios não inclui

dados sobre a possibilidade da sua administração por via subcutânea. Além disso, a experiência clínica com o uso de determinados medicamentos, como os antibióticos é escassa, e existem poucos estudos fiáveis acerca do tema.

A administração de medicamentos por via subcutânea necessita, contudo de mais estudos prospetivos e de maior amostra (SECPAL, 2013, p. 40).

Outras das principais **dificuldades dos profissionais de saúde na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida**, destacadas pelos nossos participantes do estudo centram-se uma vez mais, no défice de formação na área nomeadamente na inexperiência de prescrição farmacológica; a falta de comunicação entre a equipa multidisciplinar; nas imperícias dos doentes/famíliares na verbalização de sentimentos/emoções; a não-aceitação do diagnóstico pelo doente/família; na insistência da conservação da filosofia do modelo biomédico com uma falta de sensibilidade dos profissionais de saúde. Adicionalmente, outra dificuldade relatada por 2 profissionais de saúde foi a incapacidade de lidarem com a morte e tudo que a mesma envolve.

O desconhecimento da importância dos cuidados paliativos pode impactar na prestação de serviço humanizado aos doentes e aos seus familiares. Para além disso, *“a formação biologicista dos profissionais de saúde, centrada na cura, os impossibilita vislumbrar a amplitude dos objetivos dos cuidados paliativos”* (Paranhos, 2016, p. 10), e poderá ser um obstáculo para um fim de vida com dignidade e respeitando os valores da pessoa doente.

Cuidar no fim de vida reveste-se efetivamente de medos e inseguranças.

Os profissionais de saúde perante um doente em fim de vida, em que a morte pode estar próxima, é frequente sentirem-se inábeis diante do doente, protegendo-se e limitando-se às «rotinas», principalmente técnicas ligadas à continuidade dos cuidados sem valorizar as verdadeiras necessidades da pessoa. Usualmente, os enfermeiros têm grandes dificuldades em encarar a morte do doente, principalmente se esta for inesperada, ou de um utente jovem. Vivenciam diversos sentimentos e, por vezes, não sabem como encarar este fenómeno (Abreu e Vieira, 2003). Alguns estudos efetuados com temáticas similares referem *“os próprios enfermeiros reconhecem dificuldades em lidar com estas situações”* (Pereira [et al.], 2001, p. 14). Costa e Antunes (2012, p. 71) alertam que *“a dificuldade que os profissionais de saúde em assumir a inevitabilidade da morte, e o seu fracasso perante a mesma, leva a que os doentes com doença incurável e avançada permaneçam internados*

em hospitais de agudos, vítimas de um encarniçamento terapêutico”, sendo incapazes de encarar a morte como um processo natural da vida.

Para Cardoso [et al.] (2013, p. 89),

“este fato pode estar relacionado com a dificuldade e a falta de preparo emocional e científico para dialogar sobre a morte e, conseqüentemente, promover com efetividade os cuidados paliativos. Diante disso, há necessidade de um espaço formal para discussões e reflexões sobre o trabalho e a relação entre os profissionais da saúde (...)”,

algumas estratégias poderiam constituir-se na realização de reuniões e formações para capacitar a equipa multiprofissional.

Ao cuidar de um doente em fim de vida o profissional de saúde pode experienciar variados sentimentos como raiva, frustração, irritação, culpabilidade, tristeza, desespero, ansiedade, depressão, (entre outros) sentindo-se, muitas vezes, abatido e desmotivado (Loureiro, 2001).

Num estudo realizado por Dutra (2011) concluiu que as principais dificuldades para a intervenção do enfermeiro na pessoa em fim de vida no domicílio estão relacionadas nomeadamente com a organização, em particular com a falta de recursos humanos, falta de recursos materiais/terapêuticos, horário de atendimento e disponibilidade de tempo dos profissionais de saúde.

Como **sugestões dos profissionais de saúde entrevistados para uma maior utilização da via subcutânea**, apontaram essencialmente o aumento da formação em cuidados paliativos a nível teórico e prático e um aumento da divulgação da via subcutânea e suas vantagens. Estas sugestões são transversais a algumas necessidades e dificuldades apresentadas anteriormente pelos profissionais de saúde.

Salientamos que a necessidade de formação em cuidados paliativos, é das categorias mais referenciadas no nosso estudo. O estudo realizado por Queiroz e Capelas (2016), verificou também a necessidade de formação avançada em CP. O resultado demonstrou que havia 1135 profissionais formados até ao início do ano de 2015, e que as áreas que mais procuraram formação foram os médicos e enfermeiros, tendo 107 e 658 profissionais com formação avançada, respetivamente.

No que respeita a nível académico, um estudo realizado recentemente em Portugal constatou que especificamente a unidade curricular dedicada aos cuidados paliativos nos

planos de estudo conducentes ao exercício de profissões na área de saúde (por exemplo: medicina, enfermagem, psicologia, gerontologia, serviço social, entre outros), era insuficiente. Em um total de 133 planos de estudo analisados e acreditados, somente 17 possuíam a referida unidade curricular, sendo 37,5% relativos aos cursos de Medicina e 39,5% aos cursos de Enfermagem (Sapeta, 2016), o que mais uma vez vai ao encontro das necessidades e dificuldades expostas pelos participantes deste estudo.

Os cuidados paliativos sendo uma área de interesse público podem e devem estar sujeitos a um processo de marketing, sobre aspetos e temas pouco divulgados (Neto, 2004), como a terapia subcutânea, principalmente junto dos profissionais de saúde, entre equipas e diante da comunidade de forma a atenuar receios e certos mitos.

Por último, outra das categorias mais detetadas no nosso estudo é o trabalho de equipa. No estudo de Cardoso [et al.] (2013) com o intuito de conhecer as dificuldades de uma equipa multidisciplinar na assistência a doentes em fase terminal em uma unidade de internamento hospitalar, sobressai que há uma fragilidade na atenção dispensada aos doentes em cuidados paliativos, quer pelos ruídos negativos e falta de comunicação entre a equipa, mas também pode estar relacionada com a ausência de inclusão e confiança entre os diversos profissionais. A fragmentação da atenção por parte dos profissionais de saúde pode dificultar o desenvolvimento do trabalho em equipa com vista à integralidade e à qualidade, o que pode afetar a relação interpessoal entre os profissionais da saúde, os doentes e seus familiares, não permitindo a construção da desejada aliança terapêutica.

CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Cuidar do doente em fim de vida é um processo complexo, rigoroso e especializado para os profissionais de saúde, devido à complexidade e pluralidade de sintomas que a pessoa doente apresenta, bem como, pelo intenso sofrimento que o doente e seus familiares constantemente se deparam.

De facto, esta fase é uma realidade vivida de uma forma própria e individual pela pessoa doente. A perceção de cada um depende de variáveis biológicas, psicológicas, sociais e espirituais que determinam as particularidades individuais de resposta face à doença. Por isso, na doença terminal o sofrimento e a perda são inevitáveis, no entanto é possível intervir com apoio específico e estruturado de forma a aliviar o sofrimento dos doentes e família, garantir a ajuda na resolução dos seus problemas e proporcionar a satisfação das suas necessidades exclusivas.

Os cuidados ao doente em fase final de vida representam um grande desafio para os profissionais de saúde, que devem saber identificar que, quando as metas do curar deixam de existir, as metas do cuidar humanizado, rapidamente devem ser implementadas e fortalecidas. Deste modo, os cuidados paliativos são sem dúvida, a resposta adequada que pode proporcionar e assegurar, em todas as suas dimensões o máximo de conforto, bem-estar e qualidade de vida à pessoa no final de vida. Torna-se assim, imperiosa uma mudança de políticas governamentais e de saúde no nosso país, que seja capaz de responder às necessidades permanentes destes doentes. Neste contexto, os cuidados paliativos são hoje um direito da pessoa como dos seus familiares.

De seguida apresentamos as conclusões mais significativas que emergiram no desenvolvimento do nosso estudo:

1. Os profissionais de saúde consideram que gerir os sintomas na pessoa em fim de vida significa ter uma visão holística, que envolve um processo avaliativo das necessidades/problemas da pessoa em fim de vida, uma intervenção ajustada às necessidades, com o respeito pela vontade do doente e família, bem como a aplicação de um conjunto de instrumentos que ajudam a favorecer o controlo de sintomas, a melhoria da qualidade de vida e conforto, o transcorrer de uma morte digna e na promoção do trabalho em equipa;

2. A dor igualmente com os sintomas psico/emocionais como ansiedade e depressão é dos sintomas mais presentes na pessoa em fim de vida, seguidamente dos sintomas gastrointestinais e respiratórios;
3. São várias as estratégias adotadas na gestão de sintomas, nomeadamente a aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, nomeadamente a massagem e o estabelecimento de uma comunicação terapêutica;
4. Recorrem à via subcutânea mediante determinadas situações, nomeadamente: sedação, analgesia e como alternativa a outras vias como a oral e a endovenosa;
5. A via subcutânea é relevante, por ser menos dolorosa, ser mais confortável, ser eficaz, segura, previne a desidratação, permite um efeito terapêutico sustentado e não requer internamento hospitalar;
6. Os constrangimentos existentes para a sua utilização, assentam sobretudo a nível das alterações da integridade cutânea, alterações comportamentais e falta de formação dos profissionais de saúde;
7. As principais dificuldades dos profissionais de saúde na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida centram-se no défice de formação na área nomeadamente na inexperiência de prescrição farmacológica; a falta de comunicação entre a equipa multidisciplinar; nas imperícias dos doentes/famíliares na verbalização de sentimentos/emoções; a não-aceitação do diagnóstico pelo doente/família; na filosofia do modelo biomédico com uma falta de sensibilidade dos profissionais e mais uma vez, na incapacidade de os profissionais de saúde lidarem com o processo da morte;
8. Apontam como necessidades para a gestão de sintomas o aumento da formação em cuidados paliativos, com uma crescente implicação das Instituições de Saúde e das Escolas de Saúde, assim como um aumento no treino de habilidades através de experiências partilhadas e mudanças de atitudes. Acrescentam ainda, como carências uma maior articulação da Equipa Médica com a EIHSCP e um melhor e mais produtivo trabalho em equipa.

Parece podermos afirmar que na prática clínica a via subcutânea é pouco utilizada em meio hospitalar, devido à falta de formação dos profissionais de saúde. Um outro obstáculo, aponta para o facto dos profissionais ainda não trabalharem verdadeiramente em equipa, com objetivos e desafios comuns.

Salientamos que no decorrer do processo de investigação deste trabalho, existiu sempre a preocupação em assegurar o rigor metodológico e científico, no entanto, também surgiram algumas dificuldades, nomeadamente a inexperiência da investigadora, e o facto de ter de conciliar a vida pessoal, com a vida profissional para desenvolver este estudo.

Apesar de um estudo deste carácter dificultar a generalização dos resultados, consideramos que a realização do mesmo possibilitou dar a conhecer e alertar para a importância da via subcutânea na preservação da dignidade da pessoa em fim de vida.

Entendemos, ser essenciais mais estudos neste âmbito com outras opções metodológicas e com outras populações, de forma a contribuir para a implementação/inação das práticas clínicas.

Assim, pensamos que os achados deste estudo, alertam para a necessidade de esta temática ser mais estudada e mais divulgada, de forma a preparar e sensibilizar o profissional de saúde para cuidados mais humanos e especializados.

BIBLIOGRAFIA

ABIVEN, Maurice – **Para uma Morte mais Humana: Experiência de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos**. 2ª Edição, Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-25-8.

ABREU, Paula e VIEIRA, Nélia – As Vivências do Enfermeiro perante a Morte do Utente nos Serviços de Medicina do CHF. **Revista Sinais Vitais**. Nº 48 (2003), p. 42.

AIRES, L. – **Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional**. Lisboa: Universidade Aberta, 2011. ISBN 978-989-97582-1-6.

AMORIM, E.A.P. – A integração das terapias complementares na prática de enfermagem. In **Terapias naturais na prática de enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2003. ISBN 972-8485-32-8. p. 167-183.

APÓSTOLO, João Luís Alves – O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. **Revista Referência**. II Série, nº 9 (2009), p. 61-67.

ARAÚJO, Mónica M. T. e SILVA, Maria J. P. – Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. [Em linha]. **Rev Esc Enferm USP**. Vol. 46, nº 3 (2012), p. 626-632. [Consultado em 25 Out. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/receusp/v46n3/14.pdf>>.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER (AECC) – **Terapias complementarias y alternativas**. [Em linha]. 2018. [Consultado em 10 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/Tratamientos/terapiascomplementariasyalternativas/Paginas/terapiascomplementariasyalternativas.aspx>>.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR – O que é a dor?. [Em linha]. **International Association for the Study of Pain**. 2015. [Consultado em 25 Mai. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor/13-o-que-e-a-dor>>.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS – **Equipas de Cuidados Paliativos**. [Em linha]. 2016. [Consultado em 4 Mar. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/equipas-de-cuidados-paliativos.html>>.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS – **Cuidados Paliativos/O que são?**. [Em linha]. 2018. [Consultado em 4 Mar. 2018]. Disponível na WWW: <URL: http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html?close_cookie_policy>.

AZEVEDO, Eliete F. e BARBOSA, Maria F. – **Manual de Cuidados Paliativos ANCP: Ampliado e atualizado**. 2ª Edição, Rio de Janeiro: ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos), 2012, p. 259-269. [Consultado 25 Mai. 2017]. Disponível na WWW: <URL: file:///C:/Users/stick/Downloads/09-09-2013_Manual%20de%20cuidados%20paliativos_ANCP.pdf>.

BARBOSA, António – Bioética e Cuidados Paliativos. In BARBOSA, António e NETO, Isabel Galriça – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-21-8. p. 723-749.

BARDIN, L. – **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, Livraria Martins Fontes, 1991.

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. 4ª Edição. Lisboa: Edições 70, Livraria Martins Fontes, 2011. ISBN: 978-972-44-1154-5.

BÁTIZ, Jacinto e LONCAN, Pilar – **Problemas Éticos al Final de la Vida**. [Em linha]. SECPAL. Madrid, 2014. [Consultado em 20 Fev. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.secpal.com/PROBLEMAS-ETICOS-AL-FINAL-DE-LA-VIDA>>.

BERNARDO, Ana; ROSADO, Joaquina; SALAZAR, Helena – Trabalho em Equipa. In BARBOSA, António e NETO, Isabel Galriça – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-21-8. p. 761-772.

BENARROZ, Monica de Oliveira; FAILLACE, Giovanna Borges Damião e BARBOSA, Leandro Augusto – Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. [Em linha]. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Vol. 25, nº 9 (2009), p. 1875-1882. [Consultado em 09 Nov. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/02.pdf>>.

BERTACHINI, L. – **Envelhecer: desafios, valores e dignidade**. Rio de Janeiro: 2005.

BOGDAN, R. C., & BIKLEN, S. K. – **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994 (Obra original publicada em 1991). ISBN 972-0-34112-2.

BRUNO, Vanessa Galuppo – Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. [Em linha]. **Einstein**. São Paulo. 2013, p. 1-7. [Consultado em 25 Maio 2017]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/pdf/eins/2015nahead/pt_1679-4508-eins-1679-45082015RW2572.pdf>.

CAIRES, Juliana Souza [et al.] – A utilização das Terapias Complementares nos Cuidados Paliativos: Benefícios e Finalidades. [Em linha]. **Cogitare Enferm**. Vol. 19, nº 3 (2014), p. 514-520. [Consultado em 15 Dez. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/33861/23228>>.

CARDOSO, Daniela Habekost [et al.] – O cuidado na terminalidade: dificuldades de uma equipe multiprofissional na atenção hospitalar. [Em linha]. **av.enferm.**. Vol. 31, nº 2 (2013), p. 83-91. [Consultado em 20 Fev. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n2/v31n2a09.pdf>>.

CARDOSO, Mirlane Guimarães de Melo – **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora, 2009, p. 86-103. ISBN 978-85-89718-27-1. [Consultado em 25 Mai. 2017]. Disponível na WWW: <URL: file:///C:/Users/stick/Desktop/Bibliografia%20Usada%20Invest/manual_ancp%20antigo.pdf>.

CERQUEIRA, M.M.A. – **A Pessoa em Fim de Vida e Família: O Processo de Cuidados Face ao Sofrimento**. Lisboa: Universidade de Lisboa com participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010. Tese de Doutoramento.

Cf. JONES, D.A. – **The soul of the embryo: an enquiry into the status of the human embryo in the Christian tradition**. London/ New York: Continuum, 2004, p. 125-140.

CHAO, E. Collazo e GIRELA, E. – Problemas éticos en relación a la nutrición y a la hidratación: aspectos básicos. [Em linha]. **Nutrición Hospitalaria**. ISSN: 1699-5198. Vol. 26, nº 6 (2011). [Consultado em 20 Fev. 2018]. Disponível na WWW: <URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-161120110006000006>.

CHIRIVELLA, Carmen Matoses [et al.] – Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos. [Em linha]. **Farmacia Hospitalaria**. Vol. 39, nº 2 (2015), p. 71-79. [Consultado em 25 Out. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://scielo.isciii.es/pdf/fh/v39n2/02original01.pdf>>.

COMISSÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – **Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2017-2018**. 2016. [Em linha]. [Consultado em 25 Mai. 2017]. Disponível na WWW: <URL: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1.pdf>.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO – **Cuidado Paliativo**. São Paulo: CREMESP, 2008. ISBN 978-85-89656-15-3, p. 260-270.

CORREIA, F. R. – **Tradução, adaptação cultural e validação inicial no Brasil da Palliative Outcome Scale (POS)**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2012. Tese de Mestrado.

COSTA, Ana Lúcia Alves da – **No Fim da Linha: O sofrimento do doente em fim de vida e sua família**. Gráfica Vilaverdense – Artes Gráficas, Lda, 2010. ISBN-978-989-20-2279-6.

COSTA, Maria A. C. M.; ANTUNES, Maria T. C. – Avaliação de sintomas em doentes sem perspectiva de cura. [Em linha]. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. Vol./serie 3, nº 7 (2012). [Consultado em 20 Fev. 2018]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200007>.

COUNCIL OF EUROPE – **Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations**. Maio 2014. [Consultado em 21 Fev. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://rm.coe.int/168039e8c5>>.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. [Em linha]. **DUDH**. 2009. [Consultado em 21 Fev. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>>.

DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho [(art.º 5º, nº 2, a) b))]. **Diário da República n.º 109/2006, Série I-A** de 2006-06-06.

DEODATO, Sérgio – Segurança da Informação em Saúde. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. ISSN 1649-2629. Nº 34 (2010), p. 41-46.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2010.

DUTRA, Ricardo – **A pessoa em fim de vida no domicílio – Intervenção do Enfermeiro em Saúde Comunitária**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2011. Tese de Mestrado.

EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE – Normas para a Prática de Cuidados Paliativos Pediátricos na Europa. [Em linha]. **EAPC**. Vol. 14, nº 3 (2007). [Consultado em 15 Dez. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=ma-av78dcko%3D>>.

FERNANDES, Lia – Envelhecimento e demências In FONSECA, António [et al.] – **Envelhecimento, Saúde e Doença: Novos Desafios para a Prestação de Cuidados a Idosos**. Lisboa: Coisas de Ler, 2014. ISBN 978-989-8659-35-4.

FERREIRA, Karine e SANTOS, Ana – Hipodermóclise e Administração de Medicamentos por Via Subcutânea: Uma Técnica do Passado com Futuro. **Prática Hospitalar**. São Paulo. Nº 65 (2009), p. 109 – 114.

FONTES, Kátia B. e JAQUES, André E. – O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. [Em linha]. **Cienc Cuid Saude**. Umuarama – Paraná, 2007. p. 481-487. [Consultado em 25 Out. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5361/3397>>.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-5.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Ludodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

GALHARDI DI, Ana [et al.] – **O uso da via subcutânea em Geriatria e Cuidados Paliativos: Um guia da SBGG e da ANCP para profissionais**. [Em linha] Rio de Janeiro: SBGG e ANCP, 2016. ISBN 978-85-92674-01-4. [Consultado em 25 Mai. 2017]. Disponível na WWW: <URL:<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2016/06/uso-da-via-subcutanea-geriatria-cuidados-paliativos.pdf>>.

GAMEIRO, M. – Estar doente: atribuição pessoal de significações. **Referência**. ISSN 0874-0283. Nº 12 (2004), p. 35-43.

GOMES, Ana Margarida Rodrigues – O Cuidador e o Doente em Fim de Vida: Família e/ou pessoa significativa. **Enfermería Global**. ISSN 1695-6141. Nº 18, (2010), p. 1-9.

GONÇALVES, Ferraz – **Os Últimos dias de Vida**. Arquivos de Medicina. (1997), p. 229-233.

GONÇALVES, Ferraz – **Controlo de Sintomas no Cancro Avançado**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. ISBN 972-31-0960-3.

GONÇALVES, Ferraz – **A Boa Morte: Ética no fim da vida**. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2006. Tese de Mestrado.

GONÇALVES, Ferraz [et al.] – Validation of a Consciousness Level Scale for Palliative Care. **Palliative Medicine**. 2008. p. 724-729. DOI 10.1177/0269216308094104.

HENNEZEL, M. – **Diálogo com a morte: os que vão morrer ensinam-nos a viver.** 4ª Edição. Lisboa: Notícias, 2000. ISBN 972-46-0793-3.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de Cuidar.** Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA) – **Terapia Subcutânea no Câncer Avançado.** Rio de Janeiro: Série Cuidados Paliativos, 2009. ISBN 978-85-7318-146-31.

JACELON, Cynthia – Strategies used by older adults to maintain or restore attributed dignity. **Research in gerontological nursing.** Vol. 7, nº 6 (2014), p. 273-283.

JUSTINO, Eveline Treméa [et al.] – Hipodermóclise em Pacientes Oncológicos sob Cuidados Paliativos. [Em linha]. **Cogitare Enferm.** Vol. 18, nº 1 (2013) p. 84-89. [Consultado em 25 Out. 2018]. Disponível na WWW: <URL: file:///C:/Users/stick/Downloads/31307-114863-1-PB%20(2).pdf>.

KANT, I. – **A metafísica dos costumes.** São Paulo: Trad. Edson Bini/Bauru: EDIPRO, 2003. ISBN 85-7283-365-10.

KIRA, Célia Maria – Últimas 48 horas. In **Cuidado Paliativo.** São Paulo: CREMESP, 2008. ISBN 978-85-89656-15-3, p. 337-353.

KOLCABA, K. – **Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research.** New York: Springer Publishing Company, 2003. ISBN 0-8261-1633-7.

KOLCABA, K. – **A taxonomic structure for the concept comfort.** Image: Journal of Nursing Scholarship, Vol. 23 (1991), p. 237-240.

Lei nº 71/2013 de 2 de Setembro. **Diário da República n.º 168/2013, Série I** (2013/09/02).

LIMA, Patrícia R. V.; SIMÕES, Sílvia C. A. – Hipodermóclise uma Técnica com Futuro. **Nursing Edição Portuguesa**. ISSN 0871-6196. Nº 223 (2007), p. 44-49.

LOPES, Nádja Andreia Amaro – **Terapias Complementares na perspetiva de profissionais de Saúde em Cuidados Paliativos**. Porto: Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, 2012. Tese de Mestrado.

LOPES, Ana Paula; ESTEVES, Rita; SAPETA, Paula – **Vantagens e desvantagens da terapêutica e hidratação subcutânea**. Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, 2012. Tese de Mestrado. [Consultado em 14 Abr. 2018]. Disponível na WWW: <URL: file:///C:/Users/stick/Downloads/RSL_Vantagensdesvantagensdateraputicaehidrataosubcutnea.pdf>.

LOUREIRO, Chotika – Cuidados de Enfermagem a doentes em fase terminal. **Revista Sinais Vitais**. Nº36 (2001), p. 45-50.

MAGALHÃES, José Carlos – **Cuidar em Fim de Vida**. Lisboa: Coisas de Ler, 2009. ISBN 978-989-8218-07-0.

MARINELA, Elsa; RODRIGUES, Lara e ALMEIDA, Patrícia – A Via Subcutânea em Cuidados Paliativos. **Enformação. Associação Científica dos Enfermeiros do CHLC, EPE**. Lisboa. ISSN 2182-826. Nº 3 (Dezembro de 2013 a Fevereiro 2014), p. 18-25.

MARQUES, Cátia [et al.] – Terapêutica subcutânea em cuidados paliativos. **Revista Portuguesa Clínica Geral**. Vol. 21, nº 6 (2005), p. 563-568.

MÁRQUEZ, M^a del Pilar Ruíz ; PRADO, M^a Eulalia Alonso – **¿cuándo debe hidratarse a un enfermo con cáncer avanzado o en estadio terminal?. Guía Clínica. Uso y recomendaciones de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos.** [Em linha]. Artes Gráficas Batanero S.L., Dezembro 2010. [Consultado em 15 Dez. 2017]. Disponível na WWW: <URL: https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/guia_subcutanea_PRCPEx.pdf>.

MARTINS, M. C. S. F. C. – **Aliviando o sofrimento o processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida.** Lisboa: Universidade de Lisboa com participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010. Doutoramento em Enfermagem.

MATOS, Amélia [et al.] – Medidas não farmacológicas na Pessoa com Dor: resultados sensíveis da intervenção dos Enfermeiros. **RIASE: Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento.** Vol. 3, nº 3 (Dezembro 2017), p. 1198-1216.

MENDES, Joana Sofia Pereira Pinheiro – **Alimentação e Hidratação em Final de Vida no Doente Oncológico: Opinião de Médicos e Enfermeiros.** Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2016. Tese de Mestrado.

MORAES, Alexandre de – **Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional.** 8^a Edição. Atualizada até a EC nº 67/10. São Paulo: Atlas, 2011.

MUÑOZ M., Ronny e QUIROGA G., Marta – **Tratamiento de otros síntomas en cuidados paliativos. Cuidados Integrales en el paciente con Cáncer.** [Em linha]. Santiago, Chile, 2016, p. 105-112. [Consultado em 15 Dez. 2017]. Disponível na WWW: <URL: [file:///C:/Users/stick/Downloads/303-1-597-1-10-20160107%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/stick/Downloads/303-1-597-1-10-20160107%20(1).pdf)>.

NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE HEALTH.
¿Qué es la medicina complementaria y alternativa? [Em linha]. 2011. [Consultado em 10 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/informaciongeneral.pdf>>.

NETO, Isabel Galriça – Desenvolvimento dos Serviços de Cuidados Paliativos: Haverá um marketing do Cuidados Paliativos. [Em linha]. **Revista Ordem dos Médicos**. Abril, 2004, p. 40-42. [Consultado em 25 Out. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.historiamedicinapaliativa.ubi.pt/pdfs/havera-marketing.pdf>>.

NETO, Isabel Galriça – Utilização da via subcutânea na prática clínica. [Em linha]. **Sociedade de Medicina Interna**. Vol. 15, nº 4 (2008), p. 277-283. [Consultado em 15 Dez. 2017]. Disponível na WWW: <URL: http://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n4_2008_277_283.pdf>.

NETO, Isabel Galriça – Modelos de Controlo Sintomático. In BARBOSA, António e NETO, Isabel Galriça – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-21-8. p. 61-68.

NETO, Isabel Galriça – **Princípios do Controlo de Sintomas, um pilar dos Cuidados Paliativos**. [Em linha]. Ordem dos Médicos, 2017. [Consultado em 24 Fev. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://ordemdosmedicos.pt/principios-do-controlo-de-sintomas-um-pilar-dos-cuidados-paliativos-por-isabel-galrica-neto/>>.

NOGUEIRA, Fabíola L.; SAKATA, Rioko K. – Sedação Paliativa do Paciente Terminal. [Em linha]. **Revista Brasileira de Anestesiologia, Elsevier Editora Ltda.** Vol. 62, nº 4 (2012), p. 580-592. [Consultado em 21 Fev. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n4/v62n4a12.pdf>>.

OLIVEIRA, C.M.G.S. – **O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões.** Lisboa: Universidade de Lisboa com participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2011. Doutoramento em Enfermagem.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos.** Lisboa: OE, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro.** Artigo 87º – Do respeito pelo doente terminal. [Em linha]. 2005. [Consultado em 03 Jul. 2017]. Disponível na WWW: <URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dor: Guia Orientador de Boa Prática.** Série I. Nº 1. Lisboa: OE, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2.** Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros, 2010.

ORDEM DOS MÉDICOS – **Documento Regulamentar da Competência em Medicina Paliativa.** [Em linha]. 2013. [Consultado em 27 Fev. 2018]. Disponível na WWW: <URL: http://www.apcp.com.pt/uploads/medicina_paliativa_doc_regulamentar.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Medicina tradicional: definiciones.** [Em linha]. Genebra: OMS. 2016. [Consultado em 10 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/>.

PACHECO, Susana – **Cuidar a pessoa em fase terminal – Perspectiva Ética.** Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-30-4.

PARANHOS, Tatiana – **Cuidados Paliativos sob a perspectiva dos Profissionais de Saúde**. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul, 2016. Título de bacharel em Enfermagem. [Em linha]. [Consultado em 25 Out. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/1352/1/Tatiana%20Paranhos.pdf>>.

PEIXOTO, Sara Daniela Agra – **Métodos não farmacológicos no controlo da dor**. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2016. Tese de Mestrado.

PEREIRA, Dalila [et al.] – A Morte no Serviço de Urgência – Visão do Enfermeiro. **Revista Nursing**. Nº156 (2001), p. 14.

PEREIRA, José Luís – Gestão da Dor Oncológica. In BARBOSA, António e NETO, Isabel Galriça – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-21-8. p. 69-126.

PESSINI, Leo – **Eutanásia: Por que abreviar a vida?**. São Paulo: São Camilo, 2004.

PINHEIRO, Thais R. S. P. – Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. [Em linha]. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: Vol. 34, nº 3 (2010), p. 320-326. [Consultado em 25 Out. 2018]. Disponível na WWW: <URL: http://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2010_dez_avaliacao_do_grau_de_conhecimento_sobre_cuidados_paliativos.pdf>.

PONTALTI, Gislene [et al.] – **Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos**. Revista HCPA. 2012, p.199-207. [Consultado em 25 Mai. 2017]. Disponível na WWW: <URL: [file:///C:/Users/stick/Downloads/26270-119632-5-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/stick/Downloads/26270-119632-5-PB%20(2).pdf)>.

PULIDO, I. [et al.] – Como morrem os doentes numa enfermaria de Medicina Interna. [Em linha]. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**. Vol. 17, nº 4 (2010), p. 222-226. [Consultado a 03/03/2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/170/1/RPMI%202010%20222.pdf>>.

QUEIROZ, R., CAPELAS, M. L. – **Formação avançada em Cuidados Paliativos em Portugal**. [Em linha]. Observatório Português dos Cuidados Paliativos, 2016. [Consultado em 20 Fev. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ics.lisboa.ucp.pt/resources/Documentos/Observatorio/Profissionais%20com%20Forma%C3%A7%C3%A3o%20Avan%C3%A7ada%20em%20CP.pdf>>.

QUERIDO, Ana; GUARDA, Hírdina – Hidratação em Fim de Vida. In BARBOSA, António e NETO, Isabel Galriça – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-21-8. p. 401-415.

RENAUT, Alain – **O indivíduo: reflexão acerca da filosofia do sujeito**. 2ª Edição, Trad. Elena Gaidano. Rio de Janeiro: Difel, 2004.

REZENDE, V. [et al.] – Avaliação psicológica dos cuidadores de mulheres com câncer pelo General Comfort Questionnaire. [Em linha]. **Paidéia**. Vol. 20, nº 46 (2010), p. 229-237. [Consultado em 03 Mar. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n46/09.pdf>>.

RIBEIRO, Patrícia; MARQUES, Rita Margarida; RIBEIRO, Marta – O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar. [Em linha]. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 70, nº 4 (2017), p. 229-237. [Consultado em 03 Mar. 2018]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0830.pdf>.

RIPAMONTI, C; ZECCA, E; DE CONNO, F. – **Pharmacological treatment of cancer pain: alternative routes of opioid administration.** [Em linha]. Tumori, 1998, p. 289-300. [Consultado em 21 Dez. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9678610>>.

SAPETA, Paula – **Cuidar em fim de vida: O processo de interacção enfermeiro-doente.** Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-69-1.

SAPETA, Paula – Formação em Cuidados Paliativos: Uma determinante no futuro dos cuidados de saúde. [Em linha]. **Revista Cuidados Paliativos.** ISSN 2183-3400. Vol. 3, nº 2 (2016), p. 5-7. [Consultado em 20 Fev. 2018]. Disponível na WWW: <URL: http://www.apcp.com.pt/uploads/Revista_Cuidados_Paliativos_V3_N2_web.pdf>.

SAUNDERS, C. – In SFAP, Colégio de Cuidados de Enfermagem – **Desafios de Enfermagem em Cuidados Paliativos. «Cuidar»: Ética e Práticas.** Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-17-7.

SECPAL – **Guía de Cuidados Paliativos.** [Em linha]. SECPAL. [Consultado em 20 Fev. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>>.

SECPAL. **Monografías SECPAL – Uso de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos.** Madrid: síosí punto gráfico, Nº 4. Outubro 2013. ISBN: 978-84-940224-0-1.

SERRÃO, Daniel – O Doente Terminal. **Revista Portuguesa Geriátrica.** 1990. p. 35-38.

SFAP, Colégio de Cuidados de Enfermagem – **Desafios de Enfermagem em Cuidados Paliativos. «Cuidar»: ética e práticas.** Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972- 8383-17-7.

SHEILA, Lavery [et al.] – **Enciclopédia das Medicinas Complementares**. Público. 1997.

SILVA, Ruben Alexandre – Bioética e Fim de Vida: Princípios éticos – A Intervenção do Enfermeiro no Fim de Vida. [Em linha]. **Percursos**. Nº 28 (2013). [Consultado em 03 Mar. 2018]. Disponível na WWW: <URL: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9263/1/Revista%20Percursos%20n28_Bio%C3%A9tica%20e%20Fim%20de%20Vida%20-%20Princ%C3%ADpios%20%C3%A9ticos.pdf>.

SILVA, Sandra e ALVARENGA, Margarida – Informação e Comunicação: um olhar ético. **Revista Cuidados Paliativos**. Porto. Vol. 1, nº 1 (Março de 2014), p.45-51.

SOUSA, Aurora Daniela Almeida de – **Sintomas em Cuidados Paliativos: da avaliação ao controlo**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2012. Tese de Mestrado.

SOUSA, Gonçalo de Vasconcelos – **Metodologia da investigação, redacção e apresentação de trabalhos científicos**. Porto: Livraria Civilização, 1998.

SOUSA, Maria de Fátima Cardoso Oliveira de – **O Enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação**. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, 2009. Tese de Mestrado.

SPADACIO, Cristiane; BARROS, Nelson Filice de – Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. [Em linha]. **Revista Saúde Pública**. São Paulo. Vol. 42, nº 1 (2008). [Consultado a 24/02/2018]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000100023>.

STREUBERT, H. J., & CARPENTER, D. R. – **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançado o Imperativo Humanista**. 2ª Edição, Loures: Lusociência, 2002 (Obra original publicada em 1999). ISBN 972-8383-29-0.

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona Rinaldi – **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista**. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-34-5.

STROMGREN, AS [et al.] – Pain and other symptoms in palliative cancer care: content validation of self-assessment questionnaire against medical records. [Em linha]. **European Journal of Cancer**. Copenhagen. 2002. p. 788-794. [Consultado em 03 Mar. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2016/06/uso-da-via-subcutanea-geriatria-cuidados-paliativos.pdf>>.

TWYCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. ISBN 972-796-001-4.

TWYCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. 2ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-001-4.

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division – **World Population Ageing 2013**. ST/ESA/SER.A/348. New York: United Nations, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Palliative Care for Older People: better practices**. Copenhagen: Regional Office for Europe, 2011. ISBN 978-92-890-0224-0.

ANEXOS

ANEXO A

Declaração de autorização do estudo

ACA
26 FEV. 2018
Arminda Antunes
Enfermeira Diretora

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE Parecer

Data: 15.02.2018
Processo n.º 502/2017

Título: "A via subcutânea na gestão dos sintomas da pessoa em fim de vida: perspectivas dos profissionais de saúde"

Relator: Sandrina Bento, Enf

Investigador principal: Enfermeira Dulce Maria da Silva Carvalho (Mestranda em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo)

Local: Área das Neurociências do (Serviços de Neurocirurgia e Neurologia)

Fundamentação: Vários estudos demonstram que a via subcutânea é indicada como via de segunda opção para a administração de fármacos de forma contínua ou intermitente em doentes de cuidados paliativos, cuja via oral está contra indicada. No entanto, na prática, verifica-se que a utilização da via subcutânea em meio hospitalar é escassa e ainda está rodeada de algum desconhecimento, o que dificulta a sua implementação.

Objetivo Geral: Conhecer a perspectiva dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar.

Objetivos específicos: 1- Analisar os saberes mobilizados pelos profissionais de saúde na utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida; 2- Identificar os motivos que conduzem os profissionais de saúde à utilização ou não da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar; 3- Identificar as necessidades dos profissionais de saúde na utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida; 4- Identificar as dificuldades dos profissionais de saúde na utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida.

Tipo de estudo: exploratório e descritivo.

Amostra: médicos e enfermeiros que exercem funções na Área das Neurociências do

Critérios de Inclusão: médicos e enfermeiros prestadores de cuidados que exercem funções na Área das Neurociências do ou superior a dois anos com o tempo de exercício profissional igual

Instrumento de recolha de dados: entrevista semiestruturada.

Consentimento informado e esclarecido: linguagem clara, adequada e objectiva.

Parecer do Responsável da Área/ Especialidade/ Unidade: Parecer favorável do Exmº Director e da Exmª Srª Enfª Coordenadora da Área das Neurociências; do Exmº Director de Serviço e da Exmª Srª Enfª Chefe do Serviço de Neurocirurgia; do Exmº Director de Serviço e da Exmª Srª Enfª Chefe do Serviço de Neurologia.

Apresentação e divulgação do trabalho: a investigadora assume o compromisso de informar a instituição dos respectivos resultados.

Parecer:

O projeto de investigação submetido a análise tem como objetivo conhecer a perspectiva dos profissionais de saúde que prestam cuidados nos Serviços de Neurologia e Neurocirurgia do acerca da utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida, em contexto hospitalar. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, cujo instrumento de colheita de dados é a entrevista semi estruturada a médicos e enfermeiros com dois ou mais anos de exercício profissional. O formulário de consentimento informado está redigido de forma clara e objetiva, permitindo uma participação livre, informada e voluntária. No entanto, tem de estar claro que a investigadora pretende gravação áudio das entrevistas. Está assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados através da codificação dos mesmos e da sua destruição após término da análise. Obteve parecer favorável dos respectivos responsáveis da Área das Neurociências.

Conclusão:

Assim sendo, após apreciação do processo inicial e analisados os posteriores esclarecimentos prestados pela investigadora, é do entender desta CES que o estudo em análise não levanta questões do ponto de vista ético pelo que esta Comissão entende emitir parecer favorável à sua realização.

O Presidente da Comissão de Ética

(Gonçalo Cordeiro Ferreira)

original

O Conselho autoriza

PRESENTE À SESSÃO DO	
C.A. DE	01/09/2018
A Presidente	
O Vogal	
O Vogal	
O Diretor Clínico	
A Enfª Diretora	
ATA Nº	09/2018

Exmo. Senhora

Presidente do Conselho de Administração

Assunto: Pedido de autorização para efetivação do Projeto de Investigação de Mestrado

Dados do Investigador Principal:

Nome – Dulce Maria da Silva Carvalho

Habilitações – Curso de Licenciatura em Enfermagem, a exercer no serviço do Neurocirurgia do Hospital São José do CHLC, EPE

Aluna do IV Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo

Título do projeto de investigação: A via subcutânea na gestão dos sintomas da pessoa em fim de vida: perspetivas dos profissionais de saúde.

Objetivos do projeto de investigação:

Objetivo Geral:

- Conhecer a perspetiva dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar.

Objetivos específicos:

- Analisar os saberes mobilizados pelos profissionais de saúde na utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida;
- Identificar os motivos que conduzem os profissionais de saúde à utilização ou não da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar;
- Identificar as necessidades dos profissionais de saúde na utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida;
- Identificar as dificuldades dos profissionais de saúde na utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida.

Subcrevo este pedido solicitando a V. Exa. na qualidade de Investigadora principal, autorização para a efetivação do projeto de investigação em epígrafe, a realizar com os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) a área de Neurociências do

A referida colheita incidirá sobre a análise da perspectiva dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar. Para a concretização deste estudo são enviados em anexo os pareceres positivos dos Exm^{os} Diretor e Enfermeiro Coordenador da Área de Neurociências, Diretor de Serviço e Enfermeiro Chefe do Serviço de Neurocirurgia e Diretor de Serviço e Enfermeiro Chefe do Serviço de Neurologia.

O instrumento de recolha de dados a utilizar será a entrevista semi-estruturada, em que os dados serão obtidos de forma escrita ou com recurso a áudio durante o decorrer da entrevista, no qual me comprometo após término da avaliação dos dados todos os documentos e gravações recolhidos serão destruídos (em anexo modelo do guião da entrevista).

Certifica-se desde já que será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, nomeadamente através da assinatura do Consentimento Informado da Investigadora e do Participante (em anexo).

Assume-se o compromisso de após o término do referido estudo, informar a instituição dos respetivos resultados.

Remeto em anexo toda a documentação necessária à submissão ao Conselho de Administração do projeto de investigação supracitado (já entregue anteriormente).

Com os melhores cumprimentos,

A Investigadora Principal

Dulce Maria da Silva Carvalho

08/02/2018

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Dulce Maria da Silva Carvalho, enfermeira, a exercer funções no Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, vem informar e solicitar um parecer positivo para a realização do trabalho de investigação subordinado ao tema "*A via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida: perspectiva dos profissionais de saúde*", com vista à realização da Dissertação para obtenção de Grau de Mestre, no âmbito do IV Mestrado em Cuidados Paliativos a decorrer na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

Objetivo: Conhecer a perspectiva dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar.

Metodologia: O estudo em questão trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, método fenomenológico e será realizado na área de Neurociências (Neurocirurgia e Neurologia) do A amostra será constituída por profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) a exercerem funções na área de Neurociências há pelo menos um ano e que aceitem participar no estudo. A colheita de dados será efetuada através de entrevista semi-estruturada e, posteriormente os dados obtidos serão analisados atendendo ao Modelo de Análise de Conteúdo (Laurence Bardin).

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento dos serviços, e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, logo que os solicite.

Atenciosamente

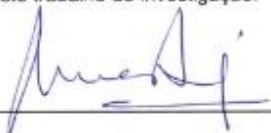
Dulce Maria da Silva Carvalho

(Assinatura da Investigadora)

08/02/2018


DECLARAÇÃO

Para dar continuidade ao desenvolvimento do trabalho de investigação da aluna Dulce Maria da Silva Carvalho, enfermeira, a exercer funções no Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, subordinado ao tema "A via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida: perspectiva dos profissionais de saúde", com vista à realização da Dissertação para obtenção de Grau de Mestre, no âmbito do IV Mestrado em Cuidados Paliativos a decorrer na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo manifesto o parecer positivo na realização deste trabalho de investigação.



(Assinatura do Diretor da Área das Neurociências)

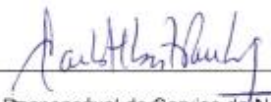
Director da Área de Neurociências
Dr. Nuno Reis



(Assinatura do Enfermeiro Coordenador da Área das Neurociências)


FILOMENA GOMES LEAL

Enfermeira Coordenadora da Área de Neurociências



(Assinatura do Responsável do Serviço de Neurocirurgia)
Responsável de Especialidade
Neurocirurgia
Dr. Carlos Vara Luiz

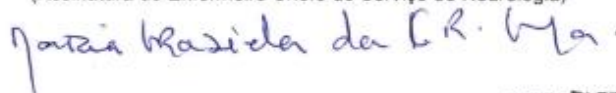
(Assinatura do Enfermeiro Chefe do Serviço de Neurocirurgia)

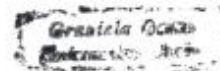


(Assinatura do Responsável do Serviço de Neurologia)

CENTRO HOSPITALAR
DE LISBOA CENTRAL, EPE
Maria José Bento
Enfª Responsável
Serviço Neurocirurgia

(Assinatura do Enfermeiro Chefe do Serviço de Neurologia)





ANEXO B

Declaração do Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

“A via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida: perspectiva dos profissionais de saúde”.

Eu, Dulce Maria da Silva Carvalho, enfermeira, a exercer funções no Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE. vem solicitar a sua participação no trabalho de investigação subordinado ao tema *“A via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida: perspectiva dos profissionais de saúde”*, com vista à realização da Dissertação para obtenção de Grau de Mestre, no âmbito do IV Mestrado em Cuidados Paliativos a decorrer na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

Objetivo: Conhecer a perspectiva dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida em contexto hospitalar.

Metodologia: O estudo em questão trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, método fenomenológico e será realizado na área de Neurociências do

. A amostra será constituída por profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) a exercerem funções na área de Neurociências há pelo menos um ano e que aceitem participar no estudo. A colheita de dados será efetuada através de entrevista semi-estruturada e, posteriormente os dados obtidos serão analisados atendendo ao Modelo de Análise de Conteúdo (Laurence Bardin).

Assinatura da Investigadora:

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Designação do Estudo:

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) -----

-----, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação intitulado “*A via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida: perspectiva dos profissionais de saúde*”, realizado pela aluna Dulce Maria da Silva Carvalho, a frequentar o IV Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada considerou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Sei também que os dados da entrevista semiestruturada, por mim respondida serão usados somente para fins científicos e destruídos pela investigadora após o estudo. Aquando do tratamento dos dados, estes serão codificados mantendo assim o anonimato. Os resultados do estudo serão por mim consultados sempre que solicitar. Fui informado(a) de que não terei nenhum tipo de despesas nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta investigação. Depois do anteriormente referido, concordo, voluntariamente, em participar no referido estudo.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / ____ / 20__

Assinatura do participante:

A Investigadora responsável:

Assinatura:

APÊNDICES

APÊNDICE A

Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

Dados do Entrevistado

Idade:

Inferior a 30 anos

Entre 30 a 40 anos

Entre 41 a 50 anos

Superior a 51 anos

Género: Feminino Masculino

Categoria Profissional: Enfermeiro Médico

Número de anos de experiência profissional que possui?

Formação em Cuidados Paliativos: Sim Não

Se sim, que tipo de formação?

Nível A – Formação Básica

Nível B – Formação Pós Graduada

Nível C – Formação Avançada

Questões

1 – O que entende por gestão de sintomas na pessoa em fim de vida? / O que é para si gerir sintomas na pessoa em fim de vida?

2 – No decorrer da sua prática profissional:

- a) que estratégias utiliza na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida?
- b) que dificuldades/necessidades encontra no seu quotidiano na gestão de sintomas na pessoa em fim de vida?

3 – Na sua opinião quais os sintomas mais frequentes na pessoa em fim de vida?

4 – No seu quotidiano de prática profissional utiliza via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida? Justifique.

5 – Que importância atribuiu à via subcutânea para proporcionar bem-estar e conforto do doente?

6 – O que pensa ser necessário para mobilizar uma maior utilização da via subcutânea?

7 – Têm conhecimento e utiliza a técnica da hipodermóclise? Justifique.

7.1 – Que importância atribui a esta técnica?

7.2 – Que constrangimentos/obstáculos se depara para a utilização desta técnica?

8 – Que sugestão daria aos profissionais de saúde para a utilização da terapia subcutânea no cuidar a pessoa em situação paliativa?

APÊNDICE B

Exemplar de uma Entrevista

ENTREVISTA E8

Dados do Entrevistado

- Idade:

Inferior a 30 anos

Entre 30 a 40 anos

Entre 41 a 50 anos

Superior a 51 anos

- Género: **Feminino** Masculino

- Categoria Profissional: **Enfermeiro** Médico

- Número de anos de experiência profissional que possui?

1 ano e 6 meses (comecei a trabalhar a 19 de setembro de 2016)

- Formação em Cuidados Paliativos: Sim **Não**

Se sim, que tipo de formação?

Nível A – Formação Básica

Nível B – Formação Pós Graduada

Nível C – Formação Avançada

Questões

1 – O que entende por gestão de sintomas na pessoa em fim de vida? / O que é para si gerir sintomas na pessoa em fim de vida?

A pessoa em fim de vida é aquela que sabemos, devido à sua patologia, irá falecer em breve. O estado de saúde desta pessoa fica cada vez mais deteriorado à medida que o tempo passa e, conseqüentemente a mesma passa a experienciar sintomas que sinalizam a aproximação da morte. Na minha opinião deve existir uma gestão destes sintomas por parte da equipa de saúde em conjunto com o doente e família, quando tal é possível. Não tenho muita experiência nesta área mas penso que estes sintomas podem ser atenuados ou eliminados, pelo menos na sua maioria, através de medidas de conforto e medicação. Para gerir os sintomas na pessoa em fim de vida é necessário uma identificação destes por parte dos profissionais e, posteriormente uma discussão entre os diferentes elementos da equipa

multidisciplinar para traçar um conjunto de estratégias que vão melhorar a qualidade de vida daquela pessoa. A verdade é que a pessoa pode ter pouco tempo de vida mas este deve ser vivido da forma mais confortável possível.

2 – No decorrer da sua prática profissional:

- **que estratégias utiliza na gestão de sintomas na pessoa em fim de vida?**

As estratégias que utilizo vão, obviamente, de encontro aos sintomas que aquela pessoa em específico se encontra a experienciar. As mesmas podem ser autónomas ou interdependentes. No que diz respeito às autónomas quero assinalar os posicionamentos que podem promover uma melhor respiração, diminuição da dor, de possíveis zonas de pressão que no geral iriam aumentar o desconforto e do edema; a massagem da superfície corporal aquando dos posicionamentos; a avaliação da necessidade de oxigénio e a aspiração de secreções sempre que necessário que, apesar de causar desconforto no momento da realização, melhora a respiração; a avaliação da necessidade de alimentação ou não (no caso de estase) e procurar alternativas como a administração de fluidos por via parentérica; e o encorajamento da família/amigos a estar junto da pessoa, conversando com ela e tocando-lhe para promover o bem-estar. As intervenções interdependentes passam no geral por discutir com a equipa médica a necessidade de administração de oxigénio, fluidos por via parentérica e, ainda, a administração de medicação que, por norma, melhora muito os sintomas experienciados.

- **que dificuldades/necessidades encontra no seu quotidiano na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida?**

Esta é uma dificuldade que, penso eu, todos os profissionais de saúde ressaltam mas a verdade é que com alguma frequência não posso dispensar todo o tempo que gostaria com os doentes para conseguir gerir todo o trabalho que há a ser realizado durante o turno. Neste sentido, também a pessoa em fim de vida é prejudicada. Ou seja, os cuidados não deixam de ser prestados mas as intervenções poderiam ser realizadas com mais tempo e ponderação.

Na minha opinião nem sempre existe uma coesão entre a equipa multidisciplinar e falo efetivamente na relação entre enfermeiros e médicos. Nunca trabalhei noutra local portanto não sei se tudo se processa da mesma forma, penso que não. Considero que nem sempre a situação da pessoa em fim de vida é discutida

entre os profissionais que acompanham o doente. Vou ser objetiva: o enfermeiro é quem passa mais tempo junto do doente e conhece melhor os sintomas que está a experienciar portanto, para mim faz sentido que o enfermeiro e o médico em conjunto avaliem o doente e discutam o que tem de ser implementado para diminuir o desconforto do mesmo; o que na maioria das vezes passa por instituir terapêutica. Estaria a mentir se dissesse que nunca aconteceu haver um doente em fim de vida claramente desconfortável que não está bem medicado e, portanto está em sofrimento. Não digo que a culpa seja dos médicos ou dos enfermeiros, o importante não é encontrar culpados, é encontrar uma estratégia que promova a comunicação dos profissionais em prol do doente.

3 – Na sua opinião, quais os sintomas mais frequentes na pessoa em fim de vida?

Os sintomas mais frequentes são, na minha opinião, dispneia, estase e dor.

4 – No quotidiano da sua prática profissional utiliza via subcutânea na gestão de sintomas da pessoa em fim de vida? Justifique.

Sim, por norma faço uso desta técnica para gerir os sintomas da pessoa em fim de vida. Penso que no Serviço onde trabalho os meus colegas estão bastante familiarizados com a via subcutânea e com os seus benefícios. Deste modo, acabam por incutir nos colegas mais novos o uso desta prática.

5 – Que importância atribuiu à via subcutânea para proporcionar bem-estar e conforto do doente?

Pela minha experiência, o doente em fim de vida apresenta muitas vezes estase. Assim sendo, a via de administração oral fica comprometida. Considero que, puncionar veias a estes doentes nem sempre é uma intervenção fácil e por, conseguinte, causa desconforto à pessoa. A manutenção de um cateter subcutâneo torna-se, deste modo, mais confortável para o doente.

6 – O que pensa ser necessário para mobilizar uma maior utilização da via subcutânea?

Na minha opinião, durante a Licenciatura em Enfermagem a pessoa em fim de vida e as suas necessidades não foi algo muito trabalhado; só após começar a trabalhar e deparar-me com esta situação pude refletir acerca da mesma. Claro que durante a Licenciatura não pode ser tudo abordado aprofundadamente e é para isso

que existe mais formação como o Mestrado em Cuidados Paliativos. No meu caso, o que me ajudou a compreender a importância da utilização desta via foi a partilha com colegas do Serviço. Penso que seria importante haver formação para médicos e enfermeiros que reforçasse a importância da utilização da via subcutânea em doentes em fim de vida.

7 – Têm conhecimento e utiliza a técnica da hipodermóclise? Justifique.

Sim, tenho conhecimento acerca da técnica mas nunca a realizei; a razão pela qual nunca utilizei esta técnica prende-se com o facto de nunca ter sido necessário, durante o meu turno, iniciar a administração de produtos através desta técnica ou substituir o cateter subcutâneo de um doente (apesar de ter manipulado o cateter para limpeza da pele e substituição do adesivo).

7.1 – Que importância atribui a esta técnica?

Na minha opinião, todos os doentes que foram submetidos a esta técnica no Serviço e que eu pude acompanhar tiveram benefícios. Penso que todos eles, segundo me recordo, já não toleravam a administração oral e portanto a técnica de hipodermóclise permitiu a administração de fluidos e fármacos cuja função era atenuar sintomas que causam grande desconforto, refiro-me mais especificamente à dor. Assim sendo, consigo compreender, sem dúvida, a importância desta técnica.

7.3 – Que constrangimentos/impedimentos se depara para a utilização desta técnica?

Honestamente não consigo pensar em nenhum constrangimento.

8 – Que sugestão daria aos profissionais de saúde para a utilização da terapia subcutânea no cuidar a pessoa em situação paliativa?

Encorajaria os colegas médicos e enfermeiros a familiarizarem-se com os benefícios da técnica de hipodermóclise. Considero que achariam esta técnica valiosa no controlo de sintomas na pessoa em fim de vida. É uma técnica simples, segura, causa desconforto apenas no momento em que o cateter tem de ser inserido e, por norma, de maior durabilidade em relação à via endovenosa.

APÊNDICE C

Grelha de Análise Conteúdo

1. ÁREA TEMÁTICA: PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DO CONCEITO DE GESTÃO DE SINTOMAS NA PESSOA EM FIM DE VIDA

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise	
Visão Holística		“(…) Gerir sintomas na pessoa em fim de vida é olhar a pessoa como um todo (…)” E7; “Gerir sintomas em final de vida é olhar para a pessoa na sua multidimensionalidade (…)” E9;	
Processo Avaliativo		“(…) processo que envolve a avaliação (…)	aplicação desse plano e consequente reavaliação (…)” E1; “(…) possam avaliar e satisfazer as suas necessidades básicas (…)” E5; “(…) e de acordo com a avaliação (…)” E7; “(…) Para gerir os sintomas na pessoa em fim de vida é necessário uma identificação destes por parte dos profissionais e, (…)” E8; “(…)e compreender o que para ela é mais importante naquele momento (isto claro se a pessoa estiver lúcida) (…)” E9;
Intervenção ajustado às necessidades		“(…) elaboração de um plano de intervenção de acordo com os problemas encontrados (…)	aplicação do plano (…)(…) e consequente reavaliação(…)” E1; “(…) e satisfazendo as suas principais necessidades. Inicialmente é necessário identificar todos os problemas e sintomas e posteriormente deve-se tentar minimiza-los de forma rápida e eficaz (…); “(…) Cada caso é um caso, e devem ser aplicados tratamento específicos para cada um. (…)” E4; “(…) e satisfazer as suas necessidades básicas (…)” E5;

Respeito pelas vontades do doente e família		<p>“(…) a vontade do doente e da sua família em todo o processo (…)uma vez que devem ser parte integrante no mesmo (…)” E1;</p> <p>“(…) No caso de a pessoa já não estar capaz de tomar decisões, escutar a família e decidir a melhor maneira de gerir os sintomas. Em ambos os casos temos de ter sempre em vista o melhor para a pessoa em fim de vida.” E9;</p> <p>“(…) Contribuir para que esta se sinta melhor, para que as suas aspirações sejam alcançadas (…)” E10;</p> <p>“(…) de acordo com o que o utente deseja (…)” E11;</p>
Aplicação de um conjunto de instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> Qualidade de vida 	<p>“(…) é proporcionar um conjunto de instrumentos que melhorem a qualidade de vida (…)” E2;</p> <p>“(…) e que se têm ao dispor para que se possa viver o que lhe resta de vida com uma certa qualidade (…)” E4;</p> <p>“(…) que têm um intuito de promover a qualidade de vida da pessoa (…)” E6;</p> <p>“(…) para traçar um conjunto de estratégias que vão melhorar a qualidade de vida daquela pessoa (…)” E8;</p> <p>“(…) Para mim a gestão de sintomas na pessoa em fim de vida consiste em proporcionar apoio de modo a ajudar a pessoa a ter um melhor estado geral (…)” E10;</p> <p>“Para mim a gestão de sintomas é dar qualidade de vida ao utente (…)” E11;</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Conforto 	<p>“(…) Métodos esses, que podem proporcionar melhores medidas de conforto (…)” E3;</p> <p>“Posso entender, que seja minimizar o desconforto da pessoa utilizando todos os métodos possíveis (…)” E4;</p> <p>“No fim de vida penso que é importante promover medidas de conforto (…)” E5;</p>

		<p>“(…) Pode ser, dar conforto físico (…)” E7;</p> <p>“(…) Não tenho muita experiência nesta área mas penso que estes sintomas podem ser atenuados ou eliminados, pelo menos na sua maioria, através de medidas de conforto (…)” E8; “(…). A verdade é que a pessoa pode ter pouco tempo de vida mas este deve ser vivido da forma mais confortável possível (…)” E8;</p> <p>“(…) tratando o utente fazendo com que ele esteja o mais confortável possível (…)” E11;</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Morte digna 	<p>“(…) é proporcionar um conjunto de instrumentos (…) e permitam a pessoa morrer com dignidade. (…)” E2;</p> <p>“(…) nos últimos dias permite a pessoa morrer com a dignidade que lhe é devida (…)” E3;</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Alívio do sofrimento 	<p>“(…) deve ser eficaz no alívio do sofrimento (…)” E2;</p> <p>“(…) ser um conjunto de ações que visam reduzir o sofrimento da pessoa em fim de vida (…)” E3;</p> <p>“(…) para evitar o menor sofrimento possível. Isto nem sempre é fácil (…)” E4;</p> <p>“(…) que diminuem o sofrimento da pessoa (…)” E5;</p> <p>“(…) provocar o menor sofrimento possível (…)” E11;</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Alívio de Sintomas 	<p>“(…) aliviar tanto sintomas físicos como psicológicos (…); “(…) nomeadamente tentando diminuir o grau de dor física mas também tentar diminuir a dor psíquica, e esta é mais difícil de tratar porque nem sempre consegue-se reconhecer as necessidades interiores do doente.” E7;</p> <p>“(…) mas penso que estes sintomas podem ser atenuados ou eliminados, pelo menos na sua maioria (…) e medicação. (…)” E8;</p> <p>“(…) e alívio da dor.” E6;</p>

Tomada de decisão concertada		“(…) A pessoa em fim de vida é aquela que sabemos, devido à sua patologia, irá falecer em breve. O estado de saúde desta pessoa fica cada vez mais deteriorado à medida que o tempo passa e, conseqüentemente a mesma passa a experienciar sintomas que sinalizam a aproximação da morte. Na minha opinião deve existir uma gestão destes sintomas por parte da equipa de saúde em conjunto com o doente e família, quando tal é possível (…)” E8; “(…)posteriormente uma discussão entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar (…)” E8;
	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio à Família 	“(…) é importante desenvolver um adequado acompanhamento familiar e apoio social, nomeadamente oferecer os recursos materiais e humanos que o sistema de saúde têm ao dispor, apesar destes ainda serem insuficientes.” E5; “(…) Ajudar a pessoa é ajudar também os familiares uma vez que é uma fase marcada por uma montanha de sentimentos e duvidas tanto para o doente como para a família (…)” E10;
Acompanhamento durante o processo de doença	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio Psicológico e Espiritual 	“(…) por isso nesta fase é tão importante o apoio psicológico e espiritual.” E10;

2. ÁREA TEMÁTICA: ESTRATÉGIAS MOBILIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA GESTÃO DE SINTOMAS NA PESSOA EM FIM DE VIDA

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Relatos do doente e família		“(…) recurso ao relato do doente e família (…)” E1; “(…) e o encorajamento da família/amigos a estar junto da pessoa, conversando com ela (…)” E8;
Aplicação de Escalas de Avaliação	• Escalas analógicas da dor	“(…) aplicação de escalas de avaliação, como no caso da dor (…)” E1;
	• Observação	“(…) a observação (…)” E1; “As estratégias que utilizo vão, obviamente, de encontro aos sintomas que aquela pessoa em específico se encontra a experienciar. As mesmas podem ser autónomas ou interdependentes (…)” E8;
Aplicação de medidas farmacológicas		“(…) Recorro principalmente à medicação, (…) no entanto há vezes que mesmo não estando prescrita, como sei que o doente pode beneficiar desse fármaco também lhe é administrado (… ” E2; “(…) Proporcionar (…) em termos de estratégias medicamentosas (…)” E3; “(…) Enquanto aguardo esta avaliação tento gerir com medidas farmacológicas consoante os sintomas apresentados (…)” E4; “Bem, consiste em implementar um conjunto de medidas farmacológicas (…)” E6; “(…) Basicamente realizar a administração de terapêutica consoante os sintomas manifestados, como dor, vômitos... (…)” E7; “(…) e, ainda, a administração de medicação que, por norma, melhora muito os sintomas experienciados (…)” E8;

		<p>“(…) e alívio dos sintomas físicos com recurso a medidas farmacológicas (…)” E9;</p> <p>“Fundamentalmente medicação para controlo de sintomas (…)” E11;</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo da Dor 	<p>“(…) No entanto, a principal medida de conforto e transversal a várias situações, é o controlo da dor, nomeadamente através da prescrição de uma analgesia adequada (…)” E5;</p> <p>“(…) Na gestão das intervenções dolorosas maioritariamente recorro à analgesia, o que nem sempre está prescrita (…)” E6;</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo de Sintomas Respiratórios 	<p>“ Depende em muito da sintomatologia apresentada pelo utente, por exemplo se está com dificuldade respiratória (…) ou colocação de oxigénio (…)” E5;</p> <p>“(…) a avaliação da necessidade de oxigénio e a aspiração de secreções sempre que necessário que, apesar de causar desconforto no momento da realização, melhora a respiração (…)” E8; “(…) As intervenções interdependentes passam no geral por discutir com a equipa médica a necessidade de administração de oxigénio (…)” E8;</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação e Hidratação 	<p>“(…) a avaliação da necessidade de alimentação ou não (no caso de estase) (…)” E8; “(…) e procurar alternativas como a administração de fluidos por via parentérica (…)” E8; “(…) fluidos por via parentérica (…)” E8;</p>
Aplicação de medidas não farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Massagem 	<p>“(…) ou massagens... Acho que uma boa massagem, por vezes faz milagres (risos...) porque ficamos muito mais relaxados (…)” E2;</p> <p>“(…) e a massagem caso o doente o consinta, isto como medidas não farmacológicas (…)” E6;</p> <p>“(…) por exemplo nos cuidados de higiene posso fazer-lhe uma massagem (…)” E7;</p> <p>“(…) a massagem da superfície corporal aquando dos posicionamentos</p>

		(...)” E8; “(…) e não farmacológicas (como massagem...) (…)” E9;
	• Toque	“(…) também uso o toque (…)” E2; “(…) e o toque são importantes para ajudar a atenuar os sinais e sintomas (…)” E3; “(…) desenvolver o toque (…)” E6; “(…) e tocando-lhe para promover o bem-estar (…)” E8;
	• Comunicação/interação	“(…) Acho que a comunicação verbal e não-verbal para com o doente (…) são importantes (…)” E3; “(…) Também aproveitar os momentos que passo como o doente para conversar e perceber as suas necessidades (…)” E7; “Pois tento estabelecer uma verdadeira comunicação entre o doente e família (…)” E10;
	• Escuta	“(…) a capacidade de escuta (…) são importantes (…)” E3; “(…) Normalmente com recurso à escuta ativa (…)” E9; “(…) com a escuta ativa (…)” E10;
	• Posicionamentos Antiálgicos e de Conforto	“(…) posso recomendar medidas simples como o elevar a cabeceira (…)” ; “(…) e promoção de posicionamentos antiálgicos e confortáveis para o utente (…)” E5; “(…) e aplicação posicionamentos confortáveis para o doente (…)” E6; “(…) realizar posicionamentos frequentes de forma a que o doente esteja numa posição confortável (…)” E7; “(…) No que diz respeito às autónomas quero assinalar os posicionamentos que podem promover uma melhor respiração, diminuição da dor, de possíveis zonas de pressão que no geral iriam aumentar o desconforto e do edema (…)” E8;

		“(…) posicionamento, etc). (…)” E9;
	<ul style="list-style-type: none"> • Outros: - Aromoterapia e Apoio Psicológico 	“(…) ou colocar-lhe o perfume que ele gosta... estes pequenos gestos podem ser de grande satisfação para eles.” E7; “(…) e apoio psicológico (…)” E11; “(…) Aí o trabalho a realizar é mais complexo, e requer intervenções em várias vertentes (…)” E11;
	<ul style="list-style-type: none"> • Relação de Ajuda/ Relação Empática 	“(…) Nesta fase, é importante a promoção da relação de ajuda com o doente (…)” E6; “(…) com um estabelecimento de uma relação empática (…)” E9;
Monitorização/reavaliação		“(…) e avaliando as reais necessidades do doente.” E4; “(…) Estas atitudes terapêuticas deveriam ser monitorizadas e reavaliadas periodicamente o que nem sempre é possível dado o ritmo de trabalho” E5; “(…) e a perceção e enquadramento das necessidades das pessoas na realidade de modo a concretiza-las, dentro das nossas possibilidades (…)” E10;
Recurso ao trabalho em equipa	<ul style="list-style-type: none"> • Equipa Multidisciplinar 	“(…) proporcionar o que está ao meu alcance através da equipa multidisciplinar (…)” E3; “(…) As mesmas podem ser autónomas ou interdependentes (…)” E8;
	<ul style="list-style-type: none"> • Família parte dos cuidados 	“(…) Acho fundamental envolver a família em todo o processo, porque o doente vai sentir-se mais acompanhado e amado, até pode ajudar a minimizar sintomas psicológicos como a tristeza ou ansiedade.” E6;
	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboração com Equipas de Cuidados Paliativos 	“(…) Como não é uma área que eu domine muito ou pode-se dizer, quase nada... Peço logo que possível colaboração da equipa intra-hospitalar de Cuidados Paliativos (…); “(…) No entanto, existe no hospital uma equipa de Cuidados Paliativos muito capacitada para prescrever e utilizar esta técnica sempre que necessário.” E4;

3. ÁREA TEMÁTICA: DIFICULDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA GESTÃO DE SINTOMAS DA PESSOA EM FIM DE VIDA

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Imperícias dos doentes/familiares na verbalização de sentimentos/emoções		“(...) incapacidade de alguns doentes em verbalizar o que sentem (...)” E1; “(...) não temos claro o que a pessoa pretende, quais são os seus desejos (...)” E3; “(...) Por outro lado, na minha prática a maioria dos doentes em fim de vida já não estão conscientes (...)” E9; “(...) Nem sempre é fácil, porque determinadas vezes não conseguimos compreender as necessidades do utente, ele por vezes também prefere não exteriorizar o que sente... (...)” E11;
Não adesão terapêutica dos doentes		“(...) não adesão a tratamentos ou à estratégia elaborada (...)” E1; “(...) ou não aceitam certo tipo de tratamentos propostos, que possam diminuir o sofrimento e prolongar a vida ” E10;
Não-aceitação do diagnóstico pelo doente/família		“(...) Não aceitação diagnóstica (...)” E1; “(...) nem sempre é fácil aceitar que um ciclo pode estar no fim, tanto para o doente, como para a família (...)” E6; “(...) e com quem temos de lidar é com as famílias que na maioria dos casos não estão preparadas, não têm informação clínica do real diagnóstico e prognóstico da doença (...)” E9; “(...) Por vezes as pessoas criam barreiras que também dificultam esta ajuda, nomeadamente a não-aceitação do diagnóstico por parte do doente e família, ou então a família querer ocultar o mesmo ao doente (...)” E10;

Défice de formação		<p>“(…) falta de conhecimentos (…) falta de formação dos profissionais (…)” E1</p> <p>“(…) falta de formação são as principais (…)” E2;</p> <p>“(…) a falta de formação é uma delas.” E3;</p> <p>“(…) e por falta conhecimentos dos outros profissionais (…)” E11;</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Imperícias na prescrição Farmacológica 	<p>“A dificuldade ainda notória é na prescrição de alguns opiáceos, saber principalmente que dosagens devem ser prescritas e que opiáceo deve ser usado (…)” E4;</p> <p>“(…) A maioria das vezes os doentes não têm medicação analgésica adequada ao seu grau de dor e por vezes nem se quer está prescrita... Há doentes que se queixam de dor grau 8 e têm simplesmente paracetamol prescrito. Seria importante a equipa médica ouvir as queixas dos doentes (…)” E7;</p> <p>“(…) Estaria a mentir se dissesse que nunca aconteceu haver um doente em fim de vida claramente desconfortável que não está bem medicado e, portanto está em sofrimento (…)” E8;</p>
Falta de sensibilidade dos profissionais de saúde para os cuidados paliativos		<p>“(…) a falta de implicação quer de profissionais (…)” E1;</p> <p>“(…) Há enfermeiros que não têm mínimo interesse nesta área, e com a equipa médica ainda é mais evidente este desinteresse (…)” E2;</p>
Défice de Comunicação na Equipa Multidisciplinar		<p>“(…) a falta de comunicação na equipa (…)” E2;</p> <p>“(…) Além disso, é extremamente difícil para os profissionais, neste caso os médicos informarem a família que o final pode estar próximo (…)” E6;</p> <p>“(…) Seria importante a equipa médica (…) e valorizar a informação que os</p>

		<p>enfermeiros lhes transmitem para prescrever um tratamento ajustado aos verdadeiros sintomas do doente.” E7;</p> <p>“(…) Na minha opinião nem sempre existe uma coesão entre a equipa multidisciplinar e falo efetivamente na relação entre enfermeiros e médicos. Nunca trabalhei noutra local portanto não sei se tudo se processa da mesma forma, penso que não. Considero que nem sempre a situação da pessoa em fim de vida é discutida entre os profissionais que acompanham o doente. Vou ser objetiva: o enfermeiro é quem passa mais tempo junto do doente e conhece melhor os sintomas que está a experienciar portanto, para mim faz sentido que o enfermeiro e o médico em conjunto avaliem o doente e discutam o que tem de ser implementado para diminuir o desconforto do mesmo (…)” E8; “(…) Não digo que a culpa seja dos médicos ou dos enfermeiros, o importante não é encontrar culpados, é encontrar uma estratégia que promova a comunicação dos profissionais em prol do doente (…)” E8;</p> <p>“(…) O fato de se trabalhar em equipa quando não partilhamos os mesmos conhecimentos é difícil concretizar uma adequada gestão dos sintomas (…)” E11; “(…) Não é muito usada por dificuldade em trabalhar em equipa (…)” E11;</p>
--	--	--

Modelos essencialmente biomédicos		<p>“(…) preocupamo-nos mais no tratamento das patologias e na cura. (…)” E2;</p> <p>“(…) as decisões tomadas não vão ao encontro ao tal “fim de vida” digno, e algumas não são compatíveis com o que se pretende, ainda se hesita muito em se decidir pelos cuidados paliativos.” E3;</p> <p>“(…) e por isso continua a investir no doente com técnicas invasivas e a prolongar a vida num atroz sofrimento.” E6;</p> <p>“(…) o que na maioria das vezes passa por instituir terapêutica (…)” E8;</p>
Défice de Implicação das Instituições de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Défice de Protocolos 	“(…) instituições na criação de planos de intervenção ou protocolos (…)” E1;
	<ul style="list-style-type: none"> • Défice de Recursos Humanos 	<p>“(…) a falta de recursos (…)” E1;</p> <p>“(…) Uma delas é a falta de tempo para avaliar corretamente a sintomatologia que o utente manifesta, deveríamos estar mais tempo com os nossos utentes o que raramente acontece... (…)” E5;</p> <p>“(…) Infelizmente por vezes por ter muitas tarefas e pouco tempo, não é possível dispensar o tempo adequado à pessoa para a ajudar nesta gestão (…)” E10;</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Défice de Apoios Sociais ao Doente e Família 	“(…)Também, a falta de apoio social por parte dos serviços de saúde e até falta de apoio familiar pode dificultar e exacerbar o controlo sintomático, quer isto dizer que por vezes temos internado um utente em fim de vida semanas e até meses sem obter resposta adequada dos serviços de saúde de retaguarda para estes casos nomeadamente as unidades de cuidados paliativos e continuados, e que por mais cruel que possa parecer há famílias que “depositam” os seus familiares no hospital e depois não se preocupam

		<p>com eles, nem com uma simples visita, sendo geradora de muita angústia e sofrimento. (...)” E5;</p> <p>“(...) e desconhecem os recursos que podem ser oferecidos para minorar o sofrimento. ” E9;</p>
Incapacidade de Lidar com o Fim de Vida		<p>“(...) lidar e cuidar a pessoa em fim de vida é uma dificuldade acrescida (...)” E3;</p> <p>“A maioria das dificuldades reside na identificação e aceitação por parte dos profissionais de saúde (com ênfase nos médicos) que aquela pessoa está em fim de vida e realmente necessita de cuidados paliativos individualizados, o que impede ou atrasa a implementação de medidas de conforto. Para nós, nem sempre é fácil aceitar que um ciclo pode estar no fim (...) e até para os profissionais de saúde. (...)” E6;</p>

4. ÁREA TEMÁTICA: NECESSIDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA GESTÃO DE SINTOMAS DA PESSOA EM FIM DE VIDA

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Maior Articulação da Equipa Médica com a EIHSCP		“Sinto falta de maior articulação/ interligação entre a equipa clínica e a equipa de cuidados paliativos. (...)” E9;
Mais Trabalho de Equipa		“(...) quer isto dizer que se a equipa não têm objetivos comuns para proporcionar o melhor bem-estar para o utente é complicado atingir os mesmos, e quem sai prejudicado é o utente e até a família (...)” E11;

5. ÁREA TEMÁTICA: SINTOMAS MAIS FREQUENTES NA PESSOA EM FIM DE VIDA NA PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Respiratórios		“(...) dispneia (...)” E1; “(...) Dispneia (...)” E3; “(...) e dispneia devem ser dos sintomas mais frequentes (...)” E4; “(...) alterações do padrão respiratório, havendo muitas vezes dispneia, polipneia e até apneias (...)” E7; “Os sintomas mais frequentes são, na minha opinião, dispneia (...)” E8; “Podem ser vários... Mas destaco a dificuldade respiratória como dispneia (...)” E9; “(...) dificuldade respiratória (...)” E11;
Álgicos	<ul style="list-style-type: none"> Dor 	“(...) dor (...)” E1; “A dor (...)” E2; “(...) Dor (...)” E3; “Dor (...)” E4; “(...) Podem ser vários... Mas os principais, podem ser: dor, (...)” E5; “(...) Dor (...)” E6; “Dor (...)” E7; “(...) e dor. ” E8; “Para mim os principais são a: dor (...)” E11;

	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura 	<p>“(...) Febre (...)” E3; “(...) Também pode ocorrer febre (...)” E4;</p>
Gastrointestinais		<p>“(...) sintomas gastrointestinais (...)” E1; “(...) a perda de apetite também é normal (...)” E2; “(...) Disfagia (...)” E3; “(...) náuseas e vômitos de difícil controlo, entre outros (...)” E4; “(...) náuseas e vômitos (...)” E6; “(...) diminuição de apetite e náuseas e vômitos” E7; “(...) estase (...)” E8; “(...) e diminuição de apetite (...)” E11;</p>
Cognitivos		<p>“(...) alterações cognitivas (...)” E1;</p>
Psico/Emocional		<p>“(...) humor depressivo (...)” E1; “(...) a ansiedade, depressão (...)” E2; “(...) Depressão (...)” E3; “(...) mas como é evidente a depressão, a ansiedade, o medo do conhecimento do diagnóstico também são habituais (...)” E4; “(...) Ansiedade, solidão e tristeza.” E5; “(...) ansiedade e depressão.” E6; “(...) depressão (...)” E7; “(...) e ansiedade e medo do incerto.” E9; “Sentimentos de tristeza, desesperança, luta, impotência, desespero, choque, negação, culpa e ansiedade” E10;</p>
Integridade Cutânea		<p>“(...) os edemas são muito frequentes (...)” E2; “(...) Edemas (...)” E3;</p>

Orgânicos		“(...) cansaço, astenia. (...)” E5; “(...) Adinamia (...)” E6; “(...) caquexia (...)” E9; “(...) astenia (...)” E11;
-----------	--	---

6. ÁREA TEMÁTICA: SITUAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA NA GESTÃO DE SINTOMAS NA PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Sedação	<ul style="list-style-type: none"> Controlo da dor 	<p>“(…) controlo da dor (…)” E1; “(…) esporadicamente é usada para sedação do doente (…) ou necessita de um rigoroso controlo da dor” E9;</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Paliativa 	<p>“(…) sedação paliativa (…)” E1; “(…) Por esse motivo, esporadicamente é usada para sedação do doente quando está numa fase agónica (…)” E9;</p>
Analgesia		<p>“(…) Utilizei como analgésico e antiemético (…)” E3; “(…) Esporadicamente é usado, fundamentalmente para administração de analgesia, corticoides ou antieméticos (…)” E6</p>
		<p>“(…) para além de inúmeros fármacos.” ; “(…) Hipodermóclise é a administração de medicação (…)” E9;</p>
Hidratação		<p>“(…) Também é usada por vezes para hidratação do doente, quando a via oral ou entérica pode estar alterada (…).” E7; “(…) e por onde se pode fazer hidratação (…); “(…) e/ou hidratação por via subcutânea (…)” E9;</p>
Alternativa a outras vias		<p>“(…) Em algumas situações por dificuldade de um acesso venoso (…)” E11; “(…) quando já não é possível outra via, ou mesmo se for mais confortável para o doente (…)” E9;</p>

7. ÁREA TEMÁTICA: RELEVÂNCIA DA VIA SUBCUTÂNEA/HIPODERMOCLISE NA PROMOÇÃO DO CONFORTO NA PESSOA EM FIM DE VIDA

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Menos Dolorosa		<p>“(…) uma alternativa menos dolorosa (…)” E1;</p> <p>“(…) minimiza a dor dos doentes (…), penso que também é menos dolorosa. (…)” E2;</p> <p>“(…) o uso da via subcutânea diminui a dor provocada (…) menos (…) e dolorosa.” E3; “(…) Técnica menos dolorosa para o doente (…)” E3;</p> <p>“(…) Acho que têm algumas vantagens, pois permite um acesso rápido e menos doloroso para administração de terapêutica (…)” E6;</p> <p>“(…) e menos dolorosa.” E7;</p> <p>“(…) atenuar sintomas que causam grande desconforto, refiro-me mais especificamente à dor. Assim sendo, consigo compreender, sem dúvida, a importância desta técnica.” E8;</p> <p>“(…) e menos dolorosa para o doente (…)” E9;</p> <p>“(…) é menos traumática (…)” E10;</p> <p>“(…) menos dolorosa (…)” E11;</p>
Maior Conforto		<p>“(…) mais cómoda para o doente, fase agónica (…)” E1;</p> <p>“(…) visto ser mais confortável (…)” E4;</p> <p>“(…) Um acesso mais fácil para administração da terapêutica (…)” E6;</p> <p>“(…) A manutenção de um cateter subcutâneo torna-se, deste modo, mais confortável para o doente (…)” E8;</p> <p>“Esta técnica é muito importante e uma mais-valia para os cuidados de forma a promover o conforto e o bem-estar do doente (…)” E9;</p> <p>“Como disse anteriormente acho que é bastante importante usar este método para ajudar a pessoa a estar mais confortável na fase final (…)” E10;</p>

		<p>“(…) Considero que é uma técnica importante, uma vez que pode ajudar a pessoa a ter uma melhor qualidade de vida (…)</p> <p>E10;</p> <p>“(…) Muita importância... Porque é uma via mais confortável para o utente, não causa tanto sofrimento (…)</p> <p>E11;</p>
Eficaz na sedação prolongada		<p>“(…) doentes que necessitam de sedação prolongada (…)</p> <p>E1;</p>
Segura		<p>“(…) implica menos (…)</p> <p>risco de infeção (…)</p> <p>E1;</p> <p>“(…) É uma medida menos invasiva (…)</p> <p>E3;</p> <p>“(…) Além disso, como se trata de um método pouco invasivo têm menos complicações comparativamente com os cateteres periféricos ou centrais (…)</p> <p>E6;</p> <p>“É menos invasiva.(…)” E7; “(…) é um método menos invasivo (…)</p> <p>E7;</p> <p>“(…) Esta técnica é menos invasiva (…)</p> <p>E7;</p> <p>“(…) É uma técnica (…), segura (…)</p> <p>E8;</p> <p>“(…) e com reduzidas complicações, daquilo que é a minha experiência” E10; “(…) Além de que tem menos riscos (…)</p> <p>E10;</p> <p>“É uma técnica muito valiosa dependendo do utente e de vários fatores. É uma via eficaz (…)</p> <p>E11;</p>
Requer pouca intervenção dos profissionais de saúde		<p>“(…) mais fácil a sua manutenção, implica menos manuseamento (…)</p> <p>E1;</p> <p>“É uma técnica simples (…)</p> <p>E8;</p> <p>“(…) É uma via de mais fácil acesso (…). Também é um método simples (…)</p> <p>E9;</p> <p>“(…) e até atribuir ao doente uma certa independência (dentro das suas limitações) (…)</p> <p>E10; “Sim, tenho conhecimento e já usei varias vezes durante a minha prática profissional. Parece-me uma técnica simples de usar (…)</p> <p>E10;</p>

Possibilita a prevenção da desidratação		<p>“(…) permite a administração de (…) hidratação (…)” E1;</p> <p>“(…) assegura a administração eficaz (…) e fluidoterapia (…)” E5;</p> <p>“(…) e portanto a técnica de hipodermóclise permitiu a administração de fluidos (…) E8;</p>
Permite um efeito sustentado da terapêutica utilizada		<p>“(…) permite a administração de medicação sustentada (…)” E1;</p>
Não requer internamento hospitalar		<p>“(…) adaptável a doentes que se encontram no seu domicílio (…)” E1;</p> <p>“(…) pode estar em casa e no aconchego do seu lar e num ambiente familiar. (…)”; “(…) assim o doente pode estar no seu domicílio (…)” E2;</p> <p>“(…) Também seria uma alternativa de administração de alguma terapêutica para as pessoas que se encontram no domicílio, desde que tanto o utente como a família estejam devidamente preparados e informados dos cuidados a ter.” E5;</p> <p>“(…) e poderá ser usada no domicílio, ou seja, se tiver condições a pessoa poderá ficar em casa, o que é uma evidente vantagem.” E10;</p>
Via alternativa	<ul style="list-style-type: none"> • Alternativa à via endovenosa 	<p>“(…) quando não há a possibilidade de utilização de outras vias (…)” E1;</p> <p>“(…) Alternativa a outras vias, como os cateteres endovenosos (…)” E2;</p> <p>“(…) a parte venosa está completamente inacessível e “debilitada” (…) por cada tentativa de colocação de cateteres endovenosos ou outros (…)” E3;</p> <p>“É importante para evitar o desconforto das várias tentativas de punção EV (…)” E4; “(…) visto ser mais confortável do que a via EV em doentes já debilitados e com fracos acessos periféricos (…)” E4;</p> <p>“(…) Este tipo de via é bastante útil no caso de doentes com difíceis acessos endovenosos (…)” E6; “(…) sem recurso a cateteres endovenosos”. E6;</p> <p>“(…) e muitas vezes estes utentes já não apresentam veias periféricas</p>

		<p>passíveis de serem puncionadas (...)” E7;</p> <p>“(...) Considero que, puncionar veias a estes doentes nem sempre é uma intervenção fácil e por, conseguinte, causa desconforto à pessoa (...)” E8;</p> <p>“(...) e, por norma, de maior durabilidade em relação à via endovenosa. (...)” E8;</p> <p>“(...) Sim. Não usamos em todos os utentes mas naqueles que achamos mais pertinente, como aqueles que têm fracos acessos venosos (...)” E11;</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Alternativa à via oral 	<p>“(...) uma alternativa para doentes em que os fármacos por via oral estão contraindicados (...) em que esta via não apresenta uma resposta terapêutica satisfatória (...)” E1;</p> <p>“(...) e na impossibilidade de o doente não apresentar via oral conservada.” E4;</p> <p>“Importante para utente cuja via oral está comprometida (...)”; “(...) Garante-nos a administração de tratamento farmacológico quando via oral não é opção. (...)” E5;</p> <p>“(...) para administração de terapêutica por via subcutânea quando outras vias não são viáveis.”; “(...) Este tipo de via é bastante útil no caso de doentes (...) ou com alterações da integridade cutânea, como o caso de edemas.” E6;</p> <p>“(...) Pela minha experiência, o doente em fim de vida apresenta muitas vezes estase. Assim sendo, a via de administração oral fica comprometida (...)”; “(...) Na minha opinião, todos os doentes que foram submetidos a esta técnica no Serviço e que eu pude acompanhar tiveram benefícios. Penso que todos eles, segundo me recorde, já não toleravam a administração oral (...)” E8;</p>

8. ÁREA TEMÁTICA: ESTRATÉGIAS A ADOTAR NA PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA A UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA NA PESSOA EM FIM DE VIDA

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Formação dos Profissionais de Saúde		<p>“(…) mais formação dos profissionais (…)” E1;</p> <p>“(…) Acima de tudo, é preciso formação (…)”“(…) Os enfermeiros ainda não têm conhecimentos suficientes nesta área (…)” E2;</p> <p>“(…) apostar mais na formação de médicos e enfermeiros nesta área (…)” E3;</p> <p>“(…) e formação dos profissionais de saúde nesta área, nomeadamente médicos e enfermeiros (…) e nós profissionais no nosso percurso temos obrigação de tratar o doente com respeito e de forma digna, como todas as pessoas merecem. ” E4;</p> <p>“Mais formação especializada dos profissionais de saúde em particular equipa médica e de enfermagem (…)” E5;</p> <p>“O mínimo, é apostar na formação dos enfermeiros acerca de como é utilizada esta via, os seus benefícios e possíveis riscos, (…)” E6;</p> <p>“(…) Mais formação acerca do assunto, nomeadamente benefícios e como deve ser realizada a técnica (…)” E7;</p> <p>“ Penso que seria importante haver formação para médicos e enfermeiros que reforçasse a importância da utilização da via subcutânea em doentes em fim de vida (…)” E8;</p> <p>“(…) Mais informação e formação para erradicar os mitos que existem, como o uso de estupefacientes (…)” E9;</p> <p>“Informar as pessoas da existência desta técnica e da importância dela. Das vantagens e desvantagens que têm, assim como todos os benefícios que pode</p>

		trazer para a pessoa em final de vida (...)” E10; “(…) Formação (...) incluindo todos os profissionais, em especial médicos, enfermeiros (...)” E11;
Implicação das Instituições de Saúde	• Criação de protocolos	“(…) inclusão em protocolos com o intuito de fomentar a utilização da via subcutânea (...)” E1; “(…) e com a criação de protocolos específicos para a sua utilização.” E10;
	• Promoção da Formação Contínua	“(…) instituições deveriam apostar em ações de formação/sensibilização (...)” E1; “(…) As Instituições de Saúde periodicamente deveriam facilitar formação nesta área, o fim de vida é transversal a várias especialidades e serviços ” E4; “(…) No entanto, é da responsabilidade dos hospitais promoverem a divulgação desta via através da dinamização de formações (...)” E6; “(…) Esta informação deveria começar por formações nos estabelecimentos de saúde (...)” E10; “(…) Formação de equipas nos serviços (...)” E11;
	• Mais Recursos Materiais	“(…) e do fornecimento de recursos materiais para impulsionar o uso desta técnica.” E6;
Treino de habilidades	• Habilidades técnicas	“(…) na administração de um volume de liquido de forma contínua“(…) na administração de um volume de liquido de forma (...) intermitente por via subcutânea (...)” E1; “(…) para se sentirem à vontade para utilizar esta técnica (...)” E2;

	<ul style="list-style-type: none"> • Mudança de atitudes 	<p>“Principalmente consciencialização (...)” E4;</p> <p>“(...) Uma maior sensibilização para os benefícios e vantagens na utilização da via subcutânea seria uma boa estratégia (...)” E5;</p> <p>“(...) e a sensibilização da equipa médica para prescrever terapêutica através desta via (...)” E6;</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha de Experiências na Equipa 	<p>“(...) Alguns colegas foram incutindo na equipa este método, e como verificamos alguns resultados positivos por vezes é usado, mas essa iniciativa normalmente parte dos enfermeiros (...)” E6;</p> <p>“(...) No meu caso, o que me ajudou a compreender a importância da utilização desta via foi a partilha com colegas do Serviço (...)” E8;</p>
<p>Maior Formação nas Escolas</p>		<p>“ Na minha opinião, durante a Licenciatura em Enfermagem a pessoa em fim de vida e as suas necessidades não foi algo muito trabalhado; só após começar a trabalhar e deparar-me com esta situação pude refletir acerca da mesma. Claro que durante a Licenciatura não pode ser tudo abordado aprofundadamente e é para isso que existe mais formação como o Mestrado em Cuidados Paliativos (...)” E8;</p>

9. ÁREA TEMÁTICA: CONSTRANGIMENTOS NA UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DE HIPODERMÓCLISE

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Alterações generalizadas da integridade cutânea		<p>“(…) das contraindicações inerentes à utilização desta via (…)” E1;</p> <p>“(…) de um doente com desidratação grave, acho que esta técnica não é a mais indicada. (…); “(…) Se o doente tem anasarca (…) a pele está muito frágil e pode ter complicações (…)” E2;</p> <p>“(…) e com edemas generalizados.” E4;</p> <p>“Principalmente utentes com difíceis acessos venosos (…)” E5;</p> <p>“(…) Por vezes as pessoas apresentam se edemaciadas pelo que é mais difícil usar esta técnica, assim como a formação infeções no local de inserção do cateter (…)” E10;</p> <p>“(…) Algumas características dos utentes podem também limitar esta técnica, como edemas e hematomas, magreza extrema (…)” E11;</p>
Alterações Comportamentais		<p>“(…) Quando o doente está com períodos de agitação, em que arranca tudo e a medicação (…)” E2;</p> <p>“(…) ou estados de agitação do utente. ” E11;</p>
Falta de formação dos Profissionais de Saúde		<p>“(…) a falta de conhecimento(…)” E1; “(…) consequente insegurança da utilização da mesma por parte de muitos profissionais de saúde (…)” E1;</p> <p>“(…) e um grande desconhecimento da equipa multidisciplinar acerca desta área. ” E3;</p> <p>“Relativamente à equipa médica ainda há uma falta de consenso e consciencialização para a sua utilização (…)” E4;</p> <p>“(…) Desconhecimento da equipa médica e de enfermagem, mesmo assim acho que atualmente as equipas já estão mais despertas para o seu uso. Alguns colegas foram incutindo na equipa este método, e como verificamos</p>

		<p>alguns resultados positivos por vezes é usado, mas essa iniciativa normalmente parte dos enfermeiros. (...)” E6;</p> <p>“(...) mas necessito de aprofundar mais alguns conhecimentos (...)” E7;</p> <p>“(...) está relacionado com as falhas de conhecimento que já referi.” E7;</p> <p>“(...) e prática por parte dos profissionais saúde... Ainda há enfermeiros que não sabem aplicar esta técnica (...)” E9;</p> <p>“(...) A falta de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde (...)” E11;</p>
Indisponibilidade de vários Fármacos		<p>“(...) nem que tipo de fármacos podem ser administrados. (...)” E9;</p>

10. ÁREA TEMÁTICA: SUGESTÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA UMA MAIOR UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Formação em Cuidados Paliativos	<ul style="list-style-type: none"> Conhecimento Teórico 	<p>“(...) aposta na formação em cuidados paliativos (...)” E1;</p> <p>“(...) informarem-se mais acerca deste tema, apostando na formação (...)” E2; “(...) é necessária formação acerca da terapia subcutânea, tanto a nível das instituições como nas escolas em que somos formados.” E3;</p> <p>“(...) com a devida formação das suas vantagens e desvantagens.” E4;</p> <p>“Esta sugestão também pode ser para mim... É importante mudar mentalidades dos profissionais de saúde, de forma adquirir conhecimentos específicos na área através da formação (...)” E5;</p> <p>“(...) aprofundar mais alguns conhecimentos nomeadamente o ritmo das perfusões, medicações que podem ser administradas por esta via bem como as suas diluições.” E7;</p> <p>“(...) Informarem-se (...) Alguma falta de conhecimento e (...)” E9;</p> <p>“(...)É importante a formação na área dos cuidados paliativos, em particular acerca da terapia subcutânea. Devemos estar abertos e motivados para novas aprendizagens e adquirir mais conhecimento, cuidar a pessoa em fim de vida está e estará constantemente na nossa prática profissional (...) Além disso, por vezes desconhecemos se determinados medicamentos podem ser administrados por via subcutânea ou não, o que também pode ser outra limitação para o seu uso” E10;</p> <p>“(...) Realizar mais formação a nível de equipas de saúde na área da terapia subcutânea, dos seus cuidados, vantagens e desvantagens para uniformizar os cuidados aos utentes entre equipas (...) conhecer melhor que medicamentos podem ser administrados pela via subcutânea (...)” E11;</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento Prático 	“(…) e até da prática. Uma sugestão seria, fazermos obrigatoriamente um estágio numa unidade de cuidados paliativos de forma a compreender os seus principais objetivos e dinâmicas.” E5;
Divulgação da utilização da via subcutânea		<p>“(…) difundir a utilização da terapia subcutânea como uma alternativa viável a outras vias de administração (…)” E1;</p> <p>“ A equipa médica e de enfermagem poderiam discutir e propor mais vezes o uso desta técnica (…)” E3;</p> <p>“(…) Esclarecer os profissionais de saúde acerca da sua importância e difundir mais a sua utilização acerca da divulgação (…)” E4;</p> <p>“(…)Divulgação de informação acerca desta técnica nos vários serviços, pois em quase todas as especialidades existem internados doentes com necessidade de cuidados paliativos e não é prestada.” E7;</p> <p>“(…) Encorajaria os colegas médicos e enfermeiros a familiarizarem-se com os benefícios da técnica de hipodermoclise (…)” E8;</p> <p>“(…) Penso que seria importante, os enfermeiros e médicos sentirem-se mais motivados e interessados na utilização desta técnica (…)” E11;</p>
Aumento dos recursos Económicos para os Enfermeiros		“(…) com o que os enfermeiros ganham não têm muitos recursos económicos para fazerem cursos de formação (…)” E2;
Avaliação de Necessidades		“(…) É importante avaliar as necessidades do doente e se for o caso dar preferência a esta via (…)” E6;
Perder Receios		“(…) e depois disso não tenham medo de a utilizar pois é uma via mais acessível e bem mais prática do que a via endovenosa.” E9;